

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Patrícia Lourdes Silva

**O MODELO DE CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE:
o caso de um hospital geral de grande porte de Belo Horizonte/MG**

Belo Horizonte
2020

Patrícia Lourdes Silva

**O MODELO DE CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE:
o caso de um hospital geral de grande porte de Belo Horizonte/MG**

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de Mestrado Profissional do Programa de Pós-graduação em Gestão de Serviços, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Gestão de Serviços de Saúde.

Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde

Linha de pesquisa: Tecnologias Gerenciais em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Adriane Vieira

Coorientador: Prof. Dr. José Ricardo de Paula Xavier Vilela

Belo Horizonte
2020

S586m Silva, Patrícia Lourdes.
O modelo de cuidado centrado no paciente [manuscrito]: o caso de um hospital geral de grande porte de Belo Horizonte/MG. / Patrícia Lourdes Silva. - - Belo Horizonte: 2020.
165f.: il.
Orientador (a): Adriane Vieira.
Coorientador (a): José Ricardo de Paula Xavier Vilela.
Área de concentração: Gestão de Serviços de Saúde.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Assistência Centrada no Paciente. 2. Qualidade da Assistência à Saúde. 3. Participação do Paciente. 4. Competência Profissional. 5. Autoavaliação. 6. Cultura Organizacional. 7. Dissertação Acadêmica I. Viera, Adriane. II. Vilela, José Ricardo de Paula Xavier. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: W 84.7

ATA DE NÚMERO 24 (VINTE E QUATRO) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA PATRÍCIA LOURDES SILVA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE EM GESTÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE.

Aos 26 (vinte e seis) dias do mês de março de dois mil e vinte, às 14:00 horas, realizou-se por videoconferência, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "O MODELO CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE: O CASO DE UM HOSPITAL GERAL DE GRANDE PORTE DE BELO HORIZONTE/MG", da aluna *Patrícia Lourdes Silva*, candidata ao título de "Mestre em Gestão de Serviços de Saúde", linha de pesquisa "Tecnologias Gerenciais em Saúde". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes doutores: Professora Adriane Vieira, José Ricardo de Paula Xavier Vilela, Professora Carla Aparecida Spagnol e Professora Ester Eliane Jeunon, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a presidente, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, os membros da Comissão se reuniram sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADO;

APROVADO COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;

REPROVADO.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela orientadora. Nada mais havendo a tratar, eu, Davidson Luis Braga Lopes, Secretário do Colegiado de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 26 de março de 2020.

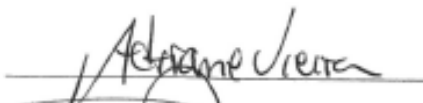

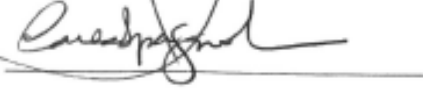


Prof.ª. Dr.ª. Adriane Vieira
Orientadora (UFMG)

Dr. José Ricardo de Paula Xavier Vilela
Coorientador (UNIMED-BH)

Prof.ª. Dr.ª. Carla Aparecida Spagnol
Membro Titular (UFMG)

Prof.ª. Dr.ª. Ester Eliane Jeunon
Membro Titular (FPI.)

Davidson Luis Braga Lopes
Secretário do Colegiado de Pós-Graduação

AGRADECIMENTOS

À Deus, por ser o dono dos meus pensamentos e o mestre das minhas ações, pela oportunidade de aprender e pela esperança de que os frutos deste trabalho contribuíssem para um cuidado de qualidade.

À minha querida orientadora e amiga, Adriane, por me mostrar um mundo novo, repleto de conhecimentos e sabedoria, pela disponibilidade e confiança, por ser responsável pelo meu crescimento pessoal e profissional e por permitir a visualização de novas oportunidades.

Ao Dr. José Ricardo, pelas contribuições a deste estudo e pela gentileza, receptividade e orientações.

Aos meus pais, Arlete e José, por me ensinarem, com muito amor, a vencer obstáculos e a acreditar que a vida é a mais bela oportunidade concedida por Deus. A vocês devo o que sou e o que sei. Minha eterna gratidão pelo amor que sempre recebi. Amo vocês!

Aos meus familiares e amigos, pela compreensão quanto aos momentos ausentes e, principalmente, pela força e apoio nos momentos mais importantes da minha vida.

Ao corpo docente da Pós-graduação de Gestão de Serviços de Saúde, pela ajuda em minha trajetória acadêmica e pela contribuição ao meu crescimento pessoal e profissional.

À equipe multiprofissional e administrativa pelo apoio e ajuda ao longo desta caminhada. À minha amiga de longa data Maria Clara, pela valiosa contribuição na transcrição das falas e na consolidação do banco de dados, e às minhas amigas Poliana e Ethiara, pelo incentivo e apoio.

Aos meus colegas de trabalho do Hospital da Unimed, pela compreensão, palavras sábias e apoio neste momento importante da minha caminhada profissional. A Fernando Brito e Dr. Fábio Botelho, pela oportunidade de realizar este trabalho na instituição.

“Eu não sou um profeta. O meu trabalho é construir janelas onde antes havia somente paredes.”

Michel Foucault

Não sei se a vida é curta ou longa para nós, mas sei que nada do que vivemos tem sentido,
se não tocarmos o coração das pessoas.

Muitas vezes basta ser: colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta,
silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, desejo que
sacia, amor que promove. E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida.

É o que faz com que ela não seja nem curta, nem longa demais, mas que seja intensa,
verdadeira, pura enquanto durar.

Feliz aquele que compartilha o que sabe e aprende o que ensina.

(CAROLINA, 1987, p. 150-151).

RESUMO

SILVA, Patrícia Lourdes. **O modelo cuidado centrado no paciente**: o caso de um hospital geral de grande porte de Belo Horizonte. 2020. 162 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão de Serviços de Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

O cuidado centrado no paciente é um dos seis atributos da qualidade em saúde estabelecidos pelo *Institute of Medicine* (IOM), dos Estados Unidos, em 2001. Neste novo modelo, o foco do cuidado passa a ser o paciente, que deve ser ativamente informado, para participar das decisões sobre seu tratamento. O objetivo geral deste trabalho consiste em analisar as contribuições da implantação do modelo de cuidado centrado no paciente para a qualidade do serviço prestado do Hospital Gama. Os objetivos específicos são: descrever o processo de implantação do modelo cuidado centrado no paciente no hospital; analisar a capacidade da equipe profissional de prestar o cuidado centrado no paciente, por meio da autoavaliação de suas competências; e analisar a experiência do cuidado centrado na perspectiva do paciente. O método de investigação escolhido foi o estudo de caso, com o uso de técnicas quantitativas e qualitativas para a coleta e a análise dos dados. Na parte quantitativa, os dados foram coletados por meio de dois instrumentos estruturados com escala tipo Likert: o instrumento cuidado no diálogo – escala de competências, aplicado aos profissionais de saúde (equipe multidisciplinar) com mais de seis meses de contratação; e o instrumento questionário Cuidado Centrado no Paciente, aplicado aos pacientes adultos ou acompanhantes. Ambos passaram pelas etapas de tradução, avaliação por painel de especialista, retrotradução, simplificação e validação. Responderam ao questionário 143 pacientes/acompanhantes e 148 profissionais de saúde. Foram realizadas entrevistas semiestruturada com 9 profissionais de saúde do Hospital Gama. Os dados dos questionários foram submetidos a análise estatística, que incluiu: *Average Variance Extracted* (AVE), alfa de Cronbach e confiabilidade composta. Já na parte qualitativa foram realizaram-se entrevistas semiestruturadas com técnicos de enfermagem, enfermeiros, supervisores de enfermagem, coordenador médico, coordenador de enfermagem e médico com cinco ou mais anos de trabalho na instituição. A técnica de seleção foi aleatória e não probabilística, resultante da disponibilidade de participar do estudo. O critério de encerramento da coleta de dados foi o de saturação teórica, com término de inclusão de novos sujeitos quando os dados obtidos passaram a apresentar redundância, na avaliação do pesquisador, permitindo inferir a necessidade de dados relevantes para prosseguir com a coleta de dados. O roteiro de entrevistas contemplou perguntas baseadas no modelo cuidado centrado, benefícios, desafios e

dificuldades, sendo direcionado para obter informações que relacionaram algumas questões do questionário, na percepção dos sujeitos. O estudo mostrou que o paciente percebe este modelo no atendimento e que se sente fazendo parte do cuidado. Apurou-se que os profissionais de saúde foram mais críticos em sua autoavaliação, considerando que a implantação do modelo centrado no paciente ainda está em andamento, que existem algumas dificuldades na transição de modelo. E também que a comunicação efetiva e a gestão compartilhada para a tomada de decisões junto com o cliente ainda representam uma dificuldade a ser trabalhada na perspectiva dos profissionais de saúde. As contribuições da implantação do modelo de cuidado centrado foram: a organização dos processos: coesão da equipe; melhoria do atendimento assistencial; e desenvolvimento de uma cultura organizacional mais humanizada. Conclui-se que a transição para o modelo cuidado centrado no paciente requer transformações da cultura organizacional, à medida que se trata de um processo longo e gradual, que demanda esforços sistemáticos e concentrados. Os produtos técnicos gerados por esta pesquisa foram dois questionários estatisticamente validados, que serão adotados pela organização em estudo, podendo servir como um benchmarking para outros hospitais da rede, e outro como instrumento de avaliação periódica da evolução da implantação do modelo cuidado centrado na perspectiva do paciente/cliente, bem como das competências desenvolvidas pelos profissionais de saúde para o diálogo no cuidado centrado. Outro produto é um relatório técnico, a ser entregue à Diretoria contendo as ações empregadas até agora para a implantação do novo modelo, devidamente avaliadas, e sugestões de aperfeiçoamento.

Palavras-chave: Cuidado centrado no paciente. Qualidade da assistência à saúde. Experiência do paciente. Competências.

ABSTRACT

SILVA, Patrícia Lourdes. **The patient-centered care model**: the case of a large general hospital in Belo Horizonte. 2020. 162 f. Dissertation (Professional Master in Health Services Management) - School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2020.

Patient-centered care is one of the six attributes of health quality established by the Institute of Medicine (IOM), in the United States, in 2001. In this new model, the focus of care becomes the patient, who must be actively informed, to participate in decisions about your treatment. The general objective of this work is to analyze the contributions of the implementation of the patient-centered care model to the quality of the service provided at Hospital Gama. The specific objectives are: to describe the process of implementing the patient-centered care model in the hospital; analyze the capacity of the professional team to provide patient-centered care, through self-assessment of their skills; and to analyze the experience of care centered on the patient's perspective. The investigation method chosen was the case study, using quantitative and qualitative techniques for data collection and analysis. In quantitative terms, data were collected using two structured instruments with a Likert scale: the instrument taken care of in the dialogue - skills scale, applied to health professionals (multidisciplinary team) with more than six months of contracting; and the Patient-Centered Care questionnaire instrument, applied to adult patients or companions. Both went through the stages of translation, evaluation by a specialist panel, back-translation, simplification and validation. 143 patients / companions and 148 health professionals answered the questionnaire. Semi-structured interviews were conducted with 9 health professionals at Hospital Gama. The questionnaire data were subjected to statistical analysis, which included: Average Variance Extracted (AVE), Cronbach's alpha and composite reliability. In the qualitative part, semi-structured interviews were carried out with nursing technicians, nurses, nursing supervisors, medical coordinator, nursing coordinator and physician with five or more years of work at the institution. The selection technique was random and not probabilistic, resulting from the availability to participate in the study. The criterion for terminating data collection was theoretical saturation, with the end of inclusion of new subjects when the data obtained started to show redundancy, in the researcher's assessment, allowing to infer the need for relevant data to proceed with data collection. The interview script included questions based on the centered care model, benefits, challenges and difficulties, being directed to obtain information that related some questions in the questionnaire, in the subjects' perception. The study showed that the patient perceives this model in care and that he feels he is part of the care. It was found that health professionals were more critical in their self-

assessment, considering that the implementation of the patient-centered model is still in progress, that there are some difficulties in the model transition. And also that effective communication and shared management for making decisions together with the client still represent a difficulty to be worked on from the perspective of health professionals. The contributions of the implementation of the centered care model were: the organization of processes: team cohesion; improvement of assistance assistance; and development of a more humanized organizational culture. It is concluded that the transition to the patient-centered care model requires changes in the organizational culture, as it is a long and gradual process, which requires systematic and concentrated efforts. The technical products generated by this research were two statistically validated questionnaires, which will be adopted by the organization under study, which can serve as a benchmarking for other hospitals in the network, and another as an instrument for periodic assessment of the evolution of the implementation of the care model centered on the perspective of the patient / client, as well as the skills developed by health professionals for dialogue in centered care. Another product is a technical report, to be delivered to the Board containing the actions used so far for the implementation of the new model, duly evaluated, and suggestions for improvement.

Keywords: Patient-centered care. Quality of health care. Patient experience. Skills.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Identificação do respondente.....	7
Gráfico 2 – Distribuição dos respondentes segundo sexo.....	87
Gráfico 3 – Distribuição dos respondentes pacientes segundo a faixa etária.....	8
Gráfico 4 – Distribuição dos respondentes segundo escolaridade.....	88
Gráfico 5 – Distribuição dos profissionais segundo a formação profissional.....	11
Gráfico 6 – Distribuição dos profissionais segundo o sexo.....	91
Gráfico 7 – Distribuição dos profissionais segundo a faixa etária.....	12

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Profissionais entrevistados	55
Quadro 2 – Etapas do processo de adaptação e tradução cultural das escalas	0
Quadro 3 – Versão final traduzida, adaptada culturalmente e simplificada do instrumento questionário cuidado centrado no paciente.....	3
Quadro 4 – Versão final traduzida, adaptada culturalmente e simplificada do instrumento cuidado no diálogo - escala de competências.....	84
Quadro 5 – Itens do instrumento questionário cuidado centrado no paciente.....	5
Quadro 6 – Itens do instrumento cuidado no diálogo - escala de competências.....	86

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Medidas descritivas (média, desvio padrão e intervalo de confiança para os itens do instrumento cuidado centrado no paciente)	9
Tabela 2 – Percepção dos pacientes com relação a frequência das afirmativas relacionadas ao instrumento cuidado centrado no paciente	10
Tabela 3 – Medidas descritivas (média, desvio padrão e intervalo de confiança para os itens do instrumento comunicação e diálogo com o cliente - CDC, gestão compartilhada do cuidado com o cliente - CGC e comportamento proativo - CPR).....	13
Tabela 4 – Percepção dos profissionais de saúde com relação à frequência das afirmativas relacionadas a competências de comunicação e diálogo, gestão compartilhada e proatividade	14

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C.	Antes de Cristo
ACA	<i>Affordable Care Act</i>
ACSQHC	<i>Australian Commission on Safety and Quality in Health Care</i>
AHRQ	<i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	<i>Average Variance Extracted</i>
CAHPS	<i>National Quality Strategy</i>
CAHPS	<i>Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems</i>
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação
CCCQ	Client-Centred Care Questionnaire
CDC	Comunicação e Diálogo com o Paciente
CGC	Comunicação e Diálogo com o Paciente
CIHI	<i>Canadian Institute for Health Information</i>
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPR	Comportamento Proativo
CQC	<i>Care Quality Commission</i>
FFT	<i>Family and Friends Test</i>
GAR	Gestão da Assistência por Resultados
HCAHPS	<i>Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems</i>
HHS	<i>Department of Health and Human Services</i>
IHI	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
JCI	<i>Joint Commission Internacional</i>
NHS	<i>National Health Service</i>
NQS	<i>National Quality Strategy</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PCMH	<i>Patient-centered Medical Home</i>
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica

PNASH	Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PPACA	<i>Patient Protection and Affordable Care Act</i>
QUALISS	Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde
SAC	Serviço de Apoio ao Cliente
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCO	Unidade Coronariana
UK	<i>United Kingdom</i>
US	<i>United States</i>
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
WGBO	<i>Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst</i>
WMCZ	<i>Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
1.1	Objetivo geral	21
1.1.1	<i>Objetivos específicos</i>	22
1.2	Justificativa	22
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	24
2.1	Modelos conceituais de saúde.....	24
2.2	Limitações dos modelos conceituais de saúde.....	29
2.3	Cuidado centrado no paciente	31
2.4	Experiências internacionais de implantação do modelo de cuidado centrado no paciente.....	37
2.5	Modelo de cuidado centrado no paciente no Brasil	44
2.6	Experiência do Paciente e o Cuidado centrado no paciente.....	47
2.7	Desenvolvimento de competências para o cuidado em saúde	49
3	METODOLOGIA DA PESQUISA.....	54
3.1	Caracterização da pesquisa.....	54
3.2	Coleta de Dados	55
3.3	Análise de dados	60
3.4	Cuidados éticos	61
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO DA ETAPA QUALITATIVA	62
4.1	Etapas de implantação do modelo cuidado centrado.....	62
4.2	Competências para o cuidado centrado	64
4.3	Benefícios do modelo cuidado centrado	71
4.4	Resistências e desafios.....	74
5	RESULTADOS DA ETAPA QUANTITATIVA	79
5.1	Tradução e adaptação cultural das escalas.....	79
5.2	Análise da validade dos instrumentos	4
5.3	Estatística descritiva da escala cuidado centrado no paciente.....	6
5.4	Discussão dos resultados.....	14
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
	REFERÊNCIAS	23
	APÊNDICE A – Produto Técnico - Síntese 7 - Questionário Final Simplificado do Instrumento Cuidado Centrado no Paciente	36
	APÊNDICE B – Produto Técnico - Síntese 8 - Questionário Final Simplificado do Instrumento Cuidados no Diálogo - Escala de Competências	38
	APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para Participação na Pesquisa- Profissionais de saúde	40
	APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para Participação na Pesquisa-Pacientes	42
	APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para Participação na Entrevista da Pesquisa- Profissional de Saúde	44
	APÊNDICE F – Tradução 1 - Questionário Cuidado Centrado no Paciente....	46

APÊNDICE G – Tradução 2 - Questionário cuidado centrado no paciente	47
APÊNDICE H – Tradução 1 - Questionário Cuidado no Diálogo - Escala de Competências	48
APÊNDICE I – Tradução 2 - Questionário Cuidado no Diálogo - Escala de Competências	50
APÊNDICE J – Síntese 1 – Questionário Cuidado centrado no paciente	52
APÊNDICE K – Síntese 2 - Questionário Cuidado no Diálogo - Escala de Competências	54
APÊNDICE L – Síntese 3- Avaliação dos especialistas - Questionário Cuidado centrado no paciente	57
APÊNDICE M – Síntese 4- Avaliação dos especialistas - Questionário Cuidado no Diálogo - Escala de Competências	59
APÊNDICE N – Retrotradução 1 - Questionário Cuidado no Diálogo - Escala de Competências	62
APÊNDICE O – Retrotradução 2 - Questionário Cuidado no Diálogo - Escala de Competências.....	64
APÊNDICE P – Retrotradução 1 - Questionário do Cuidado centrado pelo paciente	66
APÊNDICE Q – Retrotradução 2 - Questionário do Cuidado centrado pelo paciente.....	67
APÊNDICE R – Síntese 5 (Pré Teste) - Questionário Cuidado centrado no paciente.....	68
APÊNDICE S – Síntese 6 (Pré Teste) - Questionário Cuidado no Diálogo - Escala de Competências.....	70
APÊNDICE T – Roteiro de entrevistas com colaboradores.....	72
ANEXO A – Questionário Original Cuidado Centrado no Paciente	73
ANEXO B – Questionário Original do Cuidado no Diálogo - Escala de Competências	74
ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP/UFMG.....	Erro!
Indicador não definido.	
ANEXO D – PARECER DO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM APLICADA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG.....	Erro!
Indicador não definido.	
ANEXO E – PARECER UNIMED.....	Erro!
Indicador não definido.	

APRESENTAÇÃO

A escolha da temática para o desenvolvimento desta dissertação decorreu do fato de a autora ser analista de atendimento ao cliente em um hospital geral privado de grande porte, doravante denominado “Hospital Gama”, localizado na região Centro-Sul, Belo Horizonte-Minas Gerais. A analista é responsável pelo Serviço de Atendimento ao Cliente, e foi desafiada a colaborar para o desenvolvimento da cultura do cuidado centrado no paciente. Em suas observações sobre o cotidiano do serviço setorial do hospital, percebeu a necessidade de incentivar profissionais a se engajarem na mudança da cultura organizacional e no aprimoramento da estratégia cuidado centrado no paciente. Eram evidentes a importância e a urgência de entender como ocorre a integração dos pacientes e colaboradores envolvidos no cuidado centrado, de modo a proporcionar uma atuação conjunta, criar um eficiente mecanismo de transformação institucional, agregar conhecimento à trilha da experiência do paciente e promover o desenvolvimento de competências e qualidade assistencial.

No decorrer destes dois anos, a autora aprofundou seus conhecimentos, tendo publicado três artigos: “*Competences of undergraduate students in management in Health Care Services*”, na Revista Médica de Minas Gerais (2018); “Escala de competências gerenciais da área da saúde”, nos Cadernos EBAPE.BR – Fundação Getúlio Vargas (2019); e “Avaliação do uso de uma ferramenta eletrônica para o mapeamento e desenvolvimento de competências de gestão”, na Gestão e Planejamento (2019). Também participou da Comissão Organizadora do “Congresso Internacional de Gestão de Serviços de Saúde – UFMG” (2018) e do “Seminário Dimensões Políticas e Educativas da Saúde Coletiva no Brasil, desde sua fundação até a atualidade: a articulação com a análise institucional” (2018). Realizou o “Workshop Experiência do Paciente”, pelo *Patient Centricity Consulting*, no qual teve a oportunidade de conceituar o que é exatamente experiência de pacientes e conhecer e desenvolver ferramentas para a implantação da metodologia, contribuindo para a inovação: aprender como o setor de saúde pode colocar o paciente no centro das atenções, entender a atenção centrada no paciente e como ela impacta sua experiência, entender o modelo ao redor do mundo e como está sendo desenvolvido no Brasil e desenvolver formas de elevar o nível de satisfação dos pacientes e familiares. Conheceu os principais *drivers* para implementar um projeto de “Experiência de Pacientes nas Instituições”, tais como: cultura organizacional enquanto fator chave de sucesso, engajamento dos colaboradores para garantir um programa sustentável, desenvolvimento de métricas para melhorar a experiência, incorporação do enfoque da experiência do paciente na organização e conhecimento das principais metodologias e técnicas para desenhar uma boa

gestão da experiência, por exemplo, colaboradores, liderança, pacientes e familiares, como, *storytelling*, pesquisas, mapeamento da jornada do paciente e personas.

No final de 2019, a cooperativa que é organizada para prestação de serviços médicos, formada por médicos cooperados, responsáveis pelo atendimento aos usuários em consultórios, hospitais, clínicas ou laboratórios, propôs um procedimento novo de fazer planejamento estratégico. Lembrando que Cooperativismo é um movimento social e econômico que se baseia na cooperação de associados em atividades econômicas. Desde então, colaboradores de diversas áreas e de níveis hierárquicos estão se reunindo para construir o planejamento de seis temas prioritários para o negócio: “Experiência do colaborador”, “Experiência do cooperado”, “Experiência do cliente”, “Desburocratização e simplificação”, “Racionalização de custo” e “Transformação digital”. Cada um destes temas é explorado por um dos seis grupos formados nos Programas Estratégicos, cada um constituído por 16 integrantes, entre gerentes, coordenadores, supervisores, especialistas e analistas de todas as áreas. Os participantes foram indicados pelos superintendentes da Cooperativa, que são os líderes dos grupos e acompanham o andamento dos trabalhos. Já os diretores da Cooperativa Médica são os patrocinadores de cada uma dessas frentes trabalhadas. A autora integra o grupo Experiência do Cliente, tendo sido indicada em razão de sua experiência na área e de seu aprofundamento no tema, devido ao desenvolvimento desta dissertação de mestrado. As iniciativas de cada programa, depois de aprovadas pela Diretoria e pelo Comitê Executivo, serão direcionadas para as áreas responsáveis, para detalhamento e execução.

1 INTRODUÇÃO

Partindo do senso comum, o cuidado se caracteriza pela atenção, responsabilidade e zelo dedicados as pessoas e coisas em lugares e tempos distintos. Já o cuidado em saúde introduz a dimensão da integralidade, que permeia as práticas a ela associados. Não se restringe apenas às competências e tarefas técnicas, mas agrega a isso o acolhimento, os vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos como elementos inerentes a sua constituição (PINHEIRO; MATTOS, 2005).

Em países da Europa, como Inglaterra, País de Gales, Escócia e Irlanda do Norte, o planejamento colaborativo do cuidado é uma forma de oferecer apoio às pessoas portadoras de doenças e incapacidades em sua atenção com os profissionais de saúde. Esse processo envolve o exame do que é importante para a pessoa, a identificação do melhor tratamento, o cuidado e o apoio e ajuda para a definir os objetivos e reconhecer as ações necessárias. A instituição filantrópica *National Voices*, da Inglaterra, desenvolveu um guia interativo para os quatro estágios dessa abordagem: preparar-se para uma discussão; ter a discussão com o parceiro do cuidado e do apoio; anotar os principais pontos discutidos; e analisar as potencialidades (THE HEALTH FOUNDATION, 2013).

A *Health Foundation*, fundação privada sem fins lucrativos, dedicada à melhoria da saúde e dos cuidados de saúde, elaborou um referencial composto por quatro princípios ligados ao cuidado centrado: assegurar que as pessoas sejam tratadas com dignidade, compaixão e respeito; oferecer um cuidado, apoio ou tratamento coordenado; oferecer um cuidado, apoio ou tratamento personalizado; e apoiar as pessoas para que reconheçam e desenvolvam suas próprias aptidões e competências, a fim de terem uma vida independente e plena (COLLINS, 2014).

O modelo cuidado centrado orienta os profissionais de saúde a trabalharem colaborativamente com o paciente, construindo um tratamento que esteja adaptado a suas necessidades individuais, e não à doença em si. O conceito transforma o paciente em um participante ativo, empoderando-o sobre seu estado de saúde e permitindo que ele adquira conhecimento e discernimento em relação aos acontecimentos que envolvem seu organismo (MOREIRA, 2010).

À medida que os serviços de saúde passaram a adotar estratégias de cuidado centrado, as partes interessadas se concentraram em melhorar a experiência do paciente, contemplando elementos sobre qualidade da saúde e satisfação do paciente. Nesse contexto, fatores como

segurança e excelência na experiência do paciente se tornaram prioridades alinhadas ao planejamento estratégico e à gestão do cuidado da organização de saúde (SANTOS *et al.*, 2013).

Nos últimos anos, as práticas educativas orientadas para a prevenção e o controle das condições de saúde vêm sendo repensadas, de forma a considerar o usuário do serviço de saúde como o centro da construção de seu cuidado, com vista à contextualização da realidade vivenciada e à valorização da autonomia (ANDERSON; FUNNEL, 2010). Trata-se de um processo de corresponsabilização entre o paciente e o profissional da área da saúde, que deve levar em consideração os aspectos psicossociais, comportamentais e clínicos (ANDERSON *et al.*, 2000).

O diálogo e o empoderamento compõem uma filosofia eficaz para as intervenções educativas em condições de saúde, pois também abordam os componentes psicossociais da vida dos pacientes, considerando-os agentes transformadores de suas realidades e corresponsáveis pelo seu autocuidado (ANDERSON *et al.*, 2000). Cyrino, Schraiber e Teixeira (2009) afirmam que, quando se foca na autonomia do usuário, a abordagem do diálogo e o empoderamento aumentam os comportamentos de autocuidado, melhorando conseqüentemente, as condições de saúde.

De modo geral, uma forma de identificar se a organização está inserindo a cultura do cuidado centrado na vida de seus pacientes e colaboradores consiste em analisar de maneira sistêmica a relação entre pacientes e profissionais, a fim de esclarecer o real valor atribuído ao cuidado na jornada de ambos. É importante orientar o modo de trabalho dos profissionais, a fim de evitar a mecanicidade; ou seja, que a equipe se distancie emocionalmente das necessidades dos pacientes, tratando-os apenas como “mais um caso” (BEDIN; RIBEIRO; BARRETO, 2005).

É crescente o interesse em adotar a abordagem do diálogo e empoderamento em intervenções educativas e desenvolver instrumentos que avaliem estas práticas, possibilitando a mensuração dos efeitos do processo de ensino e aprendizagem antes e após uma intervenção (PARK; PARK, 2013; TORRES; REIS; PAGANO, 2015). Porém, estes só são úteis e capazes de apresentar resultados científicos quando apresentam qualidades psicométricas válidas, para não comprometer a qualidade dos dados obtidos (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

Em Belo Horizonte, Minas Gerais, um hospital geral privado de grande porte, doravante denominado “Hospital Gama”, localizado na região Centro-Sul implantou, em 2016, o Programa Selo de Excelência de Assistência Hospitalar, cujo objetivo era aprimorar os serviços prestados a seus clientes, alinhando os preceitos de identidade institucional com as seguintes

diretrizes: foco no paciente, segurança e qualidade assistencial, trabalho em equipe e melhoria na qualidade de sistemas, processos e gestão da informação. Essa avaliação do selo propunha as seguintes dimensões: segurança oferecida pela instituição aos pacientes atendidos, acesso do beneficiário ao serviço de forma efetiva, com equidade e em tempo oportuno para obtenção do melhor resultado possível, experiência do cliente no atendimento e na prestação de cuidados e certificação internacional atestando o compromisso do prestador com a qualidade de padrões estabelecidos.

A melhoria da proposta vem acontecendo de forma gradativa e contínua focada na excelência dos serviços prestados para os clientes. Em 2018, redefiniu-se o mapa estratégico, colocando o cliente no centro do negócio e investindo em sua experiência, como forma de impactar o crescimento sustentável. Ações foram desenvolvidas para buscar o aperfeiçoamento dos processos, com foco na evolução e consolidação de uma cultura de cuidado, integrando as diversas ações e práticas gerenciais a partir da perspectiva do cliente.

A pergunta que este estudo se propõe a responder é: Como a implantação do modelo de cuidado centrado pelo Hospital Gama as contribui no atendimento do paciente, na visão das equipes multiprofissionais e dos pacientes?

Dadas a necessidade de disponibilizar instrumentos orientados para a melhoria do cuidado centrado no paciente no Brasil e a constatação da inexistência de questionários validados para a população brasileira, surgiu a proposta de traduzir, adaptar culturalmente e validar as escala cuidado no diálogo – escala de competência (SCHOOT; PROO; WITTE, 2006) e o questionário cuidado centrado no paciente (WITTE; SCHOOT; PROO, 2006).

Na falta de instrumentos nacionais é possível utilizar questionários elaborados em outras culturas, desde que sejam validados e adaptados à cultura em que serão utilizados (TORRES; VIRGINIA; SCHALL, 2005; CRUCIANI *et al.*, 2011). O processo de adaptação apresenta vantagens consideráveis, pois, na maioria das vezes, os itens do instrumento já foram testados quanto às qualidades psicométricas, possibilitando a comparação dos dados obtidos em diferentes amostras, de diferentes contextos, além de economizar tempo e trabalho para o pesquisador (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON *et al.*, 2000; BORSA; DAMASIO; BANDEIRA, 2012).

1.1 Objetivo geral

Analisar as contribuições da implantação do modelo de cuidado centrado pelo Hospital Gama, na visão das equipes multiprofissionais e dos pacientes.

1.1.1 Objetivos específicos

- Descrever o processo de implantação do modelo cuidado centrado no paciente no Hospital Gama;
- Validar os questionários para implantação para avaliar a implantação do modelo cuidado centrado;
- Analisar a capacidade da equipe profissional de prestar o cuidado centrado no paciente, por meio da autoavaliação de suas competências;
- Analisar a capacidade do hospital de implantar o cuidado centrado, na perspectiva do paciente.

1.2 Justificativa

Este estudo se justifica pela importância da construção de formas inovadoras e interativas de gestão do cuidado que busquem atravessar os limites institucionalizados do cuidado tradicional, com base em ações capazes de contribuir para o estímulo de reflexões críticas relacionadas ao agir na saúde.

A principal contribuição deste estudo do ponto de vista acadêmico será a de adaptar e validar dois instrumentos para a avaliação do modelo cuidado centrado no paciente, os quais podem ser utilizados rotineiramente no hospital em estudo e em outros hospitais.

Do ponto de vista organizacional, este estudo se traduz em um projeto piloto de avaliação de uma experiência de implantação de um novo modelo, que levanta informações sobre a realidade institucional, permitindo fazer generalizações necessárias para disseminá-lo em uma realidade mais ampla.

Do ponto de vista da gestão de pessoas e da educação permanente na saúde, este estudo contempla o aprofundamento das reflexões e análises sobre o desenvolvimento das competências profissionais voltadas para a cultura do cuidado, promovendo os processos de desenvolvimento pessoal, com melhorias contínuas da qualidade do serviço, cultura do cuidado e segurança do paciente.

Os produtos técnicos gerados por esta pesquisa foram os dois questionários estatisticamente validados, que serão adotados pela organização em estudo, podendo servir como benchmarking para outros hospitais da rede, e outro como instrumento de avaliação periódica da evolução da implantação do modelo cuidado centrado na perspectiva do paciente/cliente, bem como das competências desenvolvidas pelos profissionais de saúde para

o diálogo no cuidado centrado. Outro produto é um relatório técnico, a ser entregue a Diretoria contendo as ações empregadas até agora para a implantação do novo modelo, devidamente, avaliadas e sugestões de aperfeiçoamento.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo abordam-se os modelos conceituais de saúde e suas limitações, com destaque para: modelo cuidado centrado no paciente, experiências de implantação do modelo centrado no paciente no mundo e no Brasil, desenvolvimento de competências necessárias sucesso da implantação do modelo, procedimentos para tradução, adaptação transcultural e validação das escalas e descrição das escalas utilizadas neste estudo.

2.1 Modelos conceituais de saúde e suas limitações

No decorrer da história da humanidade tem-se buscado compreender os processos e fatores determinantes do adoecimento e da morte na tentativa de retardá-los ou evitá-los pelo maior tempo possível. À medida que o conhecimento científico evoluiu foram criadas formas de explicar tais fenômenos. Destacam-se oito principais modelos explicativos:

- 1) O modelo mágico-religioso ou xamanístico;
- 2) O modelo holístico;
- 3) O modelo empírico-racional;
- 4) O modelo sistêmico de saúde e doença;
- 5) O modelo da história natural das doenças;
- 6) O modelo de determinação do processo saúde-doença;
- 7) O modelo biomédico;
- 8) O modelo biopsicossocial (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006).

Cada um agrega em sua concepção saberes científicos distintos em diferentes fases da história, mas é preciso ressaltar que não existem limites temporais precisos que os caracterizem. Ao contrário, nota-se uma superposição de ideias.

O modelo mágico-religioso ou xamanístico (1) prevalece a concepção de que cabia aos deuses definir o estado de adoecimento e cura dos homens. Era assim marcado pelas noções de pecado-doença e de redenção-cura. Os povos antigos da época concebiam as causas das doenças como derivadas de elementos tanto naturais como sobrenaturais. O adoecer era entendido como resultante de transgressões de natureza individual e coletiva, sendo requerido para reatar o enlace com as divindades, processo liderado por sacerdotes, feiticeiros ou xamãs (HERZLICH, 2004). As relações com o mundo natural se baseavam em uma cosmologia que envolvia deuses

e espíritos bons e maus. A religião, nesse caso, era o ponto de partida para a compreensão do mundo e do modo de organizar o cuidado (CRUZ, 2011). Embora não seja o modelo dominante, o modelo mágico-religioso permanece presente na ideação de saúde atual. Segmentos religiosos de diferentes culturas mantêm práticas de proteção ou de cura de doenças. No Brasil, são muito comuns as benzedadeiras, as cerimônias de cura, as cirurgias espirituais, o fluxo de energias, o uso de patuás ou amuletos, o “pagamento” de promessas e vários outros ritos relacionados à saúde (CEBALLOS, 2015).

O modelo holístico (2) congrega as medicinas hindu e chinesa, trazendo uma nova forma de compreensão da doença. A noção de equilíbrio dá origem à medicina holística, associando a ideia de proporção justa ou adequada com a saúde e a doença. Assim, saúde era entendida como o equilíbrio entre os elementos e humores que compõem o organismo humano, em que um desequilíbrio desses elementos permitiria o aparecimento da doença (CRUZ, 2011). A medicina holística teve grandes contribuições de Alcmeón (século V a.C.) trazendo a ideia do equilíbrio, que implicava duas forças, ou fatores, na etiologia da doença. Esse filósofo partilhava as ideias de Heráclito de que os opostos podiam existir em equilíbrio dinâmico ou sucedendo-se uns aos outros (HERZLICH, 2004). A causa do desequilíbrio estava relacionada ao ambiente físico. De acordo com tal visão, o cuidado deveria compreender o ajuste necessário à obtenção do equilíbrio do corpo com o ambiente, corpo este tido como uma totalidade. Cuidado, em última instância, significava a busca pela saúde, que neste caso, estava relacionada à busca do equilíbrio do corpo com os elementos internos e externos (CRUZ, 2011).

O modelo empírico-racional (3) tem seus primórdios no Egito (3000 a.C.). Os primeiros filósofos (século VI a.C.) pretendiam encontrar explicações não sobrenaturais para as origens do universo e da vida, bem como para a saúde e a doença. Hipócrates (século VI a.C.) estabeleceu a relação homem/meio ao desenvolver sua “Teoria dos Humores”, a qual defendia que os elementos água, terra, fogo e ar estavam subjacentes à explicação sobre a saúde e a doença (HERZLICH, 2004). Saúde, na concepção hipocrática, era fruto do equilíbrio dos humores (sangue, linfa, bile amarela e bile negra) já a doença era resultante do desequilíbrio deles, o cuidado dependia da compreensão desses desequilíbrios para buscar atingir o equilíbrio.

No modelo sistêmico de saúde e doença (4) reconhece que fatores políticos socioeconômicos, culturais e ambientais e agentes patogênicos estão relacionados sinergicamente, de forma que se um deles for modificado os demais também serão afetados (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006). Segundo tal concepção, a estrutura geral de um problema de saúde é entendida como uma função sistêmica, na qual um sistema epidemiológico se constitui em um equilíbrio dinâmico. Ou seja, cada vez que um de seus componentes sofre

alguma alteração, esta repercute e atinge as demais partes, em um processo em que o sistema busca novo equilíbrio (CRUZ, 2011). Por sistema epidemiológico entende-se o conjunto formado por agente suscetível e pelo ambiente, dotado de uma organização interna que regula as interações determinantes da produção da doença, juntamente com os fatores vinculados a cada um dos elementos do sistema (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006). Essa definição de sistema epidemiológico aproxima-se da ideia de necessidade de um sistema de saúde complexo que contemple um conjunto de ações e serviços de saúde capaz de identificar as interações dos determinantes da produção e reprodução das doenças e de atuar de forma efetiva no enfrentamento destes (CRUZ, 2011).

No modelo da história natural das doenças (5), também conhecido como “modelo processual dos fenômenos patológicos”, propõe-se acompanhar o do processo saúde-doença em sua regularidade, compreendendo as inter-relações envolvendo o agente causador da doença, o hospedeiro da doença, o meio ambiente e o processo de desenvolvimento de uma doença (CRUZ, 2011). Prevê que os estímulos patológicos do meio ambiente desencadeiam uma resposta do corpo, a qual terá como desfecho a cura ou defeito, invalidez ou morte (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006). Ele se constitui como um avanço quando comparado ao modelo biomédico, por reconhecer que as características sociais ou relacionais do indivíduo interferem na chance de adoecer, na forma como ele adocece e na repercussão da doença (CEBALLOS, 2015). Esta forma de sistematização ajuda a compreender os diferentes métodos de prevenção e controle das doenças. À medida em que apresenta uma dimensão basicamente qualitativa de todo o ciclo, dividindo em dois momentos sequenciais o desenvolvimento do processo saúde-doença: o pré-patogênico e o patogênico. O primeiro, também considerado período epidemiológico, diz respeito à interação entre os fatores do agente, do hospedeiro e do meio ambiente. O segundo corresponde ao momento quando o homem interage com um estímulo externo, apresenta sinais e sintomas e submete-se a um tratamento. O período pré-patogênico permite ações de promoção da saúde e a proteção específica, enquanto o período patogênico envolve a prevenção secundária e a prevenção terciária (CRUZ, 2011). A sistematização sugerida por este modelo orientou a organização do cuidado por diferentes níveis de complexidade, em termos de recursos e ações. Ao considerar a possibilidade de evitar a morte, oferece diferentes possibilidades de prevenção e promoção da saúde, como, interromper a transmissão, evitar o caso e promover vida com qualidade (CRUZ, 2011).

No modelo de determinação do processo saúde-doença (6), o processo saúde-doença se configura como um processo dinâmico, complexo e multidimensional, por englobar dimensões biológicas, psicológicas, socioculturais, econômicas, ambientais e políticas. Enfim, pode-se

identificar uma complexa interrelação, quando se trata de saúde e doença de uma pessoa, de um grupo social ou de uma sociedade, como um esforço de operacionalização, do ponto de vista analítico, do processo saúde-doença, tendo em vista os diferentes níveis de organização da vida (CASTELLANOS, 1990). Trata-se de um conceito central da proposta de epidemiologia social, que procura caracterizar a saúde e a doença como componentes integrados de modo dinâmico nas condições concretas de vida das pessoas e dos diversos grupos sociais. Cada situação de saúde específica, individual ou coletiva, é o resultado, em dado momento, de um conjunto de determinantes históricos, sociais, econômicos, culturais e biológicos (CRUZ, 2011). A ênfase, neste caso, está no estudo da estrutura socioeconômica, a fim de explicar o processo saúde-doença de maneira histórica, mais abrangente, tornando a epidemiologia um dos instrumentos de transformação social (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006).

Os determinantes sociais se tornaram importantes para esclarecer como a saúde é sensível ao ambiente social, funcionando como um elemento de justiça social. Com esse pensamento, Wilkinson e Marmot (2003) dividiram os determinantes sociais em:

- gradiente social: a expectativa de vida é menor e as doenças são mais frequentes quanto mais baixa for a posição na escala social em cada sociedade;
- estresse: circunstâncias estressantes fazem com que as pessoas sintam-se preocupadas, ansiosas e inábeis para enfrentar tais problemas. Contínua ansiedade, insegurança, baixa autoestima, isolamento social e baixo controle sobre a vida têm poderosos efeitos sobre a saúde e podem levar à morte prematura;
- infância: um bom início de vida é importante para o desenvolvimento nos anos seguintes da vida. A pobreza durante a gestação pode ter consequências para o desenvolvimento fetal, devido à carência nutricional, estresse materno e inadequado cuidado pré-natal;
- rede social e exclusão social: os desempregados, os de grupos étnicos minoritários, os subempregados, os deficientes físicos, os refugiados e os desabrigados tendem a viver em estresse constante e têm alto risco de morte prematura;
- trabalho e desemprego: segurança no emprego melhora a saúde, o bem-estar e a satisfação. Altas taxas de desemprego causam mais doenças e mortes prematuras;
- suporte social: relações de amizade, boas relações sociais e redes fortes de apoio em casa, no trabalho e na comunidade aumentam a saúde;

- comportamentos ou escolhas pessoais: hábitos inadequados de saúde, muitas vezes, influenciados pelo ambiente social, levam a consequências nocivas para a saúde, aumentando os fatores de estresse e os acontecimentos de vida adversos, como meio ambiente sobrepovoado e poluído, elevados níveis de violência e apoio social reduzido.

No modelo biomédico (7) saber clínico, racionalizado e experimental, trouxe uma nova forma de compreender a saúde (medicina científica ocidental). No contexto de grandes descobertas, Descartes propôs que o corpo e a mente deveriam ser estudados de forma separada: o corpo, pela medicina; e a mente, pela religião e filosofia (CEBALLOS, 2015). Este modo separatista de pensar o fenômeno do adoecimento foi fortalecido pelas descobertas de Pasteur e Virchow em seus trabalhos com micro-organismos (BARROS, 2002). Assim, apresentou como a abordagem a patogenia e o tratamento, classificando as doenças segundo a forma e o agente patogênico. Assim, pode ser caracterizado como individual, centrado na figura do médico, especialista, curativo, fragmentado e hospitalocêntrico (ALMEIDA FILHO; ROUQUAYROL, 2006). Focou, cada vez mais, na explicação da doença e passou a tratar o corpo em partes cada vez menores, reduzindo a saúde a um funcionamento mecânico (BARROS, 2002). Numa perspectiva crítica, Capra (1982) destaca a concepção fragmentária do modelo biomédico ao defender que este consiste em um tipo de modelo da teoria mecanicista, em que o homem é visto como corpo-máquina; o médico, como mecânico; e a doença, como o defeito da máquina. A percepção do homem como máquina coincide historicamente com o advento do capitalismo. Foi no Renascimento que a explicação para as doenças começou a ser relacionada às situações ambientais, a causa das doenças passou a estar atrelada a um fator externo ao organismo e o homem era o receptáculo da doença. Em decorrência destas elaborações teóricas sobre o contágio, firmou-se a teoria dos miasmas, que foi a primeira proposta de explicação, com base nos parâmetros da ciência, sobre a associação entre o surgimento de epidemias e as condições do ambiente. Os miasmas seriam gases decorrentes da putrefação da matéria orgânica, que produziam doenças quando absorvidos pelos seres vivos. Com a descoberta dos microrganismos (teoria microbiana) como causa das doenças, a teoria dos miasmas perdeu força explicativa e abriu espaço para a primeira revolução sanitária, com o início das pesquisas sobre as relações entre organização social, pobreza e frequência de doenças (CRUZ, 2011). Como se debruça sobre a prevenção da doença e não aceita práticas não tradicionais de cura, este modelo prioriza o diagnóstico e a cura. A intervenção de cuidado baseia-se em visão reducionista e mecanicista, em que o médico

especialista é o mecânico que tratará da parte do corpo-máquina defeituosa ou do ambiente, para o controle das possíveis causas de epidemias (CRUZ, 2011).

O modelo biopsicossocial (8) apresenta uma perspectiva que dá importância não só aos aspectos biológicos da saúde humana, como também aos aspectos psicológicos e sociais, passando a levar em conta o equilíbrio entre os diversos aspectos inerentes ao ser humano para a sua saúde, fundamentando as tomadas de decisão relativamente ao processo terapêutico. No entanto, esta perspectiva ainda envolve passividade do sujeito, pois seu papel na sua própria saúde termina no momento em que fornece ao técnico de saúde informações do foro social, psicológico e biológico (SEBASTIANI; MAIA, 2005). Abrange o ser de forma holística e o considera como homem, e não como uma máquina. Enfim um homem que tem uma vida, um contexto e relações. Apresenta embasamento para que se possa estudar e identificar os fatores que levam as pessoas a adoecerem, sendo eles de causas sociais e/ou psicológicas. Propõe-se a identificar essas causas, para possibilitar uma intervenção de prevenção de doença e de promoção de saúde. Para que isso ocorra, é preciso mudar a cultura e a forma como as pessoas significam a doença, propondo hábitos saudáveis e a manutenção de um lar agradável e harmonioso, entre outras medidas capazes de otimizar o processo de saúde (SEBASTIANI; MAIA, 2005).

Partindo do princípio de que cada modelo agrega em sua concepção saberes científicos distintos em diferentes fases da história e de que não existem limites temporais precisos, a uma limitação dos modelos conceituais de saúde (CEBALLOS, 2015).

Com o avanço e a sofisticação da biomedicina, detectou-se a impossibilidade de oferecer respostas conclusivas ou satisfatórias para muitos problemas, sobretudo para os componentes psicológicos ou subjetivos que acompanham, em grau maior ou menor, qualquer doença. As críticas à prática assistencial habitual e o incremento da busca de estratégias terapêuticas, estimuladas pelos anseios de encontrar outras formas de lidar com a saúde e a doença em seu conjunto, designadas como “medicinas alternativas ou complementares”, constituem uma evidência dos reais limites da tecnologia médica e da prática assistencial. Mesmo que muitos profissionais cheguem a admitir a existência de componentes de ordem subjetiva ou afetiva, que exercem influência mesmo em casos de doenças em que as evidências orgânicas sejam mais explícitas, eles não se sentem, com frequência, à vontade para lidar com eles, pois em regra, não foram preparados para tal (BARROS, 2002).

De fato, o modelo biomédico estimula os profissionais a aderirem a um comportamento de separação entre o observador e o objeto observado. Por mais que alguns profissionais queiram visualizar seu paciente como um todo e situá-lo, de alguma maneira, em seu contexto

socioeconômico, terminam por regressar ao reducionismo (BARROS, 2002). No entanto, a compreensão do indivíduo como um todo é necessária para observar como as partes interagem, visualizando o indivíduo como único, deve-se considerar se determinado tratamento funciona, pensando neste paciente em particular, com estes problemas pessoais, no tempo de sua vida e no ambiente em que ele se encontra no momento. O enfoque primordial não deve continuar se concentrando naquilo que o paciente tem em comum com outros, mas em suas peculiaridades (BARROS, 2002). O problema central deste modelo é que ele é demasiado restrito em seu poder explicativo, o que implica barreiras importantes para a prática de profissionais de saúde e pacientes. Tal como ressalta Bennet (1987), profissionais de saúde sensíveis estão insatisfeitos com o modelo biomédico não propriamente porque ele não responde a muitos dos problemas clínicos, e sim desconsiderando as reações psicológicas de seus pacientes e dos problemas socioeconômicos envolvidos na doença. Todavia não veem como incorporar essas informações na formulação diagnóstica e no programa terapêutico (BARROS, 2002).

Objetivando refletir sobre as práticas em saúde atuais, faz-se necessário considerar que o fazer em saúde resulta da apropriação de conceitos, ideias, valores e condutas pelos profissionais e usuários dos serviços de saúde (BARROS, 2002), remetendo a determinado momento histórico-social, cultural, político e tecnológico no campo da saúde (SANTOS; WESTPHAL, 1999).

Na contemporaneidade, as concepções e ações em saúde tendem a buscar superar o modelo biomédico, mecanicista e centrado na doença, também denominado “paradigma curativista” ou “paradigma biomédico” (SANTOS; WESTPHAL, 1999). Atualmente, entre os pré-requisitos básicos para que uma população possa ser considerada saudável cita-se: paz; habitação adequada em tamanho por habitante, em condições adequadas de conforto térmico; educação pelo menos fundamental; alimentação imprescindível para o crescimento e desenvolvimento das crianças e necessária para a reposição da força de trabalho; renda decorrente da inserção no mercado de trabalho, adequada para cobrir as necessidades básicas de alimentação, vestuário e lazer; ecossistema saudável preservado e não poluído; e justiça social e equidade, garantindo os direitos fundamentais dos cidadãos (CARTA DE OTTAWA, 1986 *apud* SANTOS; WESTPHAL, 1999).

Mendes (1996) destaca que uma sociedade, por meio da produção social, poderá produzir tanto a saúde como a doença. A compreensão sobre saúde passa de uma condição de dependência de técnicas, especializações e compreensão mecanicista do corpo humano para um estado em constante construção, sendo produzida, coletivamente, nas relações sociais e subjetivas (BARROS, 2002).

Gradualmente, emerge outro conceito de saúde, que implica mudanças no entendimento do processo saúde-doença e das práticas sanitárias. Neste contexto, Mendes (1996, p. 237) define saúde como “o resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, um viver ‘desimpedido’, um modo de ‘andar a vida’ prazeroso, seja individual, seja coletivamente.”

Tal definição traz, essencialmente, as dimensões subjetivas da produção de saúde, afinando-se com as ideias e concepções atuais que caminham para a interdisciplinaridade, à medida em que ampliam o olhar sobre os diversos aspectos do processo saúde-doença. Configura-se, então, um paradigma alternativo ao paradigma curativista (BELLOCH; OLABARRIA, 1993; SANTOS; WESTPHAL, 1999; MARCO, 2003; SEBASTIANI; MAIA, 2005). No cenário atual, a aplicação destas concepções no cotidiano dos serviços de saúde está no início de seu processo de efetivação. O novo modelo de cuidado centrado no paciente pressupõe ações integradas e interdisciplinares, porém necessita de uma remodelagem, em função da formação dos profissionais de saúde, dos modelos de gestão em vigor e do funcionamento do serviço de saúde (SEBASTIANI; MAIA, 2005). Com isso, faz-se necessário repensar os modelos e práticas atuais, para elaborar propostas capazes de resgatar a participação ativa dos profissionais e dos sujeitos na produção de saúde, construindo, assim, práticas cotidianas em relação a uma vida saudável (MOTTA; BUSS; NUNES, 2001).

2.2 Cuidado centrado no paciente

O atendimento centrado no paciente é essencial para a qualidade da assistência à saúde e a segurança do paciente. Tem sido reconhecido como uma alta prioridade para a prestação de serviços de saúde em muitas jurisdições (PELZANG, 2010).

Entre a década de 1940 e a 1980, Carl Rogers, Paul Tournier, Michael Balint, George Engel, dentre outros, estudaram os aspectos da relação médico-paciente (THE HEALTH FOUNDATION, 2013). O psicoterapeuta norte-americano Carl Rogers usou pela primeira vez o termo *patient centered* (centrado no paciente) e nomeou sua proposta teórica primeiramente como “psicoterapia não diretiva” e, posteriormente, como “terapia centrada no cliente”. Por meio da empatia, ele buscava perceber e compreender a perspectiva do cliente em relação a o seu problema (MOREIRA, 2010). Outro autor que contribuiu para os fundamentos da medicina centrada na pessoa foi Paul Tournier que, em 1940, publicou o livro intitulado *Medicina da Pessoa*, em que abordava os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais no tratamento das pessoas, considerando sua singularidade, dignidade e sofrimento, com seus

recursos, fragilidades e desejos (PFEIFER, 2010). Já o conceito de medicina centrada no paciente foi inserido na literatura médica em 1955 por Balint, que sugeria aos médicos que prestassem atenção às necessidades individuais do paciente, em contraste com a medicina centrada na doença (DWAMENA *et al.*, 2012).

Em 1977, George Engel elaborou o modelo biopsicossocial na saúde, que trazia uma proposta de integração das variáveis psicológicas e sociais, além das biológicas, nos modelos de compreensão da doença (LINDAU *et al.*, 2003). Este modelo foi utilizado como base para a promoção de mudanças nos sistemas de saúde e influenciou a inclusão do atributo cuidado centrado no paciente nas discussões sobre qualidade em saúde.

Em 1989, criou-se no Reino Unido a *Foundation for Informed Medical Decision* (Fundação para Decisão Médica Informada), pioneira na defesa do emprego e no conceito e na prática da decisão compartilhada entre o médico e o paciente. No decorrer da década de 1990, as ideias ligadas ao foco no paciente surgiram de forma cada vez mais regular nas políticas de saúde do Reino Unido (FRAMPTON *et al.*, 2008).

Em 1993, o *Picker Institute* publicou o guia *Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care* (Através dos olhos do paciente: entendendo e promovendo os cuidados centrados no paciente), que definia o cuidado centrado no paciente tendo como pressupostos: o respeito pelas preferências do paciente, valores e necessidades expressas; a informação, educação e comunicação; a coordenação e integração de cuidados e serviços; o apoio emocional; o conforto físico; a participação da família e outras pessoas próximas; a promoção da continuidade do tratamento em casa após a alta do hospital e o acesso aos cuidados e serviços (FRAMPTON *et al.*, 2008). Em suas pesquisas sobre os interesses dos pacientes nos Estados Unidos e na Europa, definiu o cuidado centrado no paciente como uma abordagem na qual os profissionais desenvolvem parceria com pacientes e familiares para identificar e satisfazer toda a gama de necessidades e preferências do paciente em relação ao seu tratamento.

O Departamento Nacional de Saúde da Inglaterra, em 2000, publicou um plano para investimento e reforma, denominado *National Health Service Plan* (Plano Nacional do Serviço de Saúde), no qual foi incluída a diretriz cuidado centrado no paciente para o sistema de saúde (NATIONAL HEALTH SERVICE, 2000). Propunha uma reforma com mudanças em todo o sistema de saúde da Inglaterra, com o propósito de fornecer à população um serviço adequado para o século XXI. Suas ações deveriam proporcionar melhorias na área de saúde, porém ficaram aquém daquilo que os pacientes esperavam e as equipes de profissionais desejavam oferecer. A reforma incluía como um de seus objetivos projetar os serviços de saúde em torno do paciente (NATIONAL HEALTH SERVICE, 2000).

O termo *cuidado centrado no paciente* foi utilizado pelo *Institute of Medicine* (IOM), dos Estados Unidos, em 2001, reconhecido como um dos atributos da qualidade em saúde. O IOM definiu o cuidado centrado como: respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes e assegurando que os valores do paciente orientem as decisões clínicas (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

Como consequência da busca pela excelência, o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) lançou em 2007 o *Triple Aim* (três pilares), abrangendo três dimensões da qualidade: melhorar a experiência do paciente nas ações de cuidado com qualidade e satisfação; melhorar a saúde da população; e reduzir o custo per capita dos cuidados em saúde. Esses métodos de cuidados baseados em valor dependem da eficácia dos serviços, e não dos insumos utilizados, o cuidado de saúde passa a ser medido pelos resultados alcançados, e não pela quantidade ou volume serviços prestados (BERWICK *et al.*, 2008). O desenvolvimento simultâneo desses três pilares (saúde, cuidado e custo per capita) veio com o propósito fundamental de reformular o sistema de saúde e, conseqüentemente, de contribuir para a saúde geral da população (BERWICK *et al.*, 2008; BISOGNANO; KENNEY, 2015).

Donald Berwick, fundador da prestigiosa IHI, publicou um artigo em 2009 no qual analisou a definição do atributo cuidado centrado no paciente, propondo uma nova definição: a experiência, à medida em que o paciente deseja, de transparência, individualização, reconhecimento, respeito, dignidade e escolha em todos os assuntos, sem exceção, relacionados a uma pessoa, circunstâncias e relações na área da saúde (BERWICK, 2009).

Em 2010, a Organização Mundial da Saúde (OMS) ampliou o conceito do cuidado centrado no paciente: cuidado que é organizado em torno das necessidades e expectativas das pessoas e das comunidades, e não na doença. A OMS fez a recomendação de que esse cuidado fosse implementado e incrementado também em países de média e baixa renda (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). Em 2012, o atributo cuidado centrado no paciente destacou-se como princípio chave da ampla reforma dos serviços nacionais de saúde do Reino Unido (SILVA, 2014).

No Brasil, acompanhando os acontecimentos do mundo, o cuidado centrado no paciente foi introduzido, principalmente, por médicos atuantes em Atenção Primária à Saúde (APS), com especialidade em medicina de família e comunidade. Na APS, as pessoas, frequentemente, apresentam-se com problemas físicos, psicológicos e sociais relacionados em uma rede causal ou circunstância, que acaba por expor a insuficiência da abordagem centrada na doença (KLINKMAN; WEEL, 2011). Com isso, os médicos de família e comunidade incorporam o cuidado centrado no paciente em razão das características próprias da abordagem que praticam

na APS, não restringindo sua atenção a nenhum grupo populacional nem a nenhum tipo de problema, doença ou intervenção. Eles acompanham as pessoas ao longo do tempo, gerenciando uma variedade de problemas de saúde ou doenças e considerando, ainda, o contexto delas com o problema ou doença (KLINKMAN; WEEL, 2011). O cuidado centrado no paciente pode ser utilizado em todos os cenários de prática, por médicos de todas as especialidades, pois a ampliação do foco é sempre possível e pode, como hipótese, qualificar o cuidado prestado pelos serviços de saúde.

Para Stewart *et al.* (2010), a aplicação do cuidado centrado no paciente resulta nos seguintes pontos positivos:

- maior satisfação das pessoas e profissionais de saúde;
- melhora na aderência aos tratamentos;
- redução de sintomas;
- redução de preocupações e ansiedade;
- diminuição na utilização dos serviços de saúde;
- diminuição das queixas por má-prática;
- melhora na saúde mental e
- melhora na situação fisiológica e na recuperação de problemas recorrentes.

No decorrer dos anos, termos semelhantes a *cuidado centrado no paciente* passaram a ser empregados na literatura, sempre com ênfase na ideia de parceria e colaboração entre o paciente e o profissional de saúde. Desde então, tem havido outras conceituações de cuidado centrado no paciente, descritas por meio de termos alternativos, tais como, *cuidado centrado no relacionamento*, *atendimento personalizado*, e *atendimento centrado no usuário/cliente*. Nos Estados Unidos, o conceito, geralmente, está vinculado a um modelo médico de atendimento centrado no paciente; no Reino Unido, à atenção primária; e na Escócia, à mutualidade (INSTITUTE FOR FAMILY-CENTERED CARE, 2008).

Dado que o conceito de cuidado centrado no paciente está evoluindo, é importante entender a percepção dos profissionais de saúde quanto ao cuidado holístico ao paciente e verificar como ele é empregado em seu cotidiano. Isso porque este cuidado é permeado pela necessidade de cuidado multiprofissional e de visão global e integral do indivíduo, sendo esta última essencial para fundamentar o cuidado humanizado, incluindo o contexto e a expressão individual e as preferências e crenças de uma pessoa (EKMAN, 2003).

O cuidado centrado no paciente não se limita apenas ao paciente, mas também inclui as famílias e os cuidadores envolvidos. A partir da relação paciente e familiares, o termo *cuidado centrado na família* passou a ser empregado nas situações em que os familiares são envolvidos ativamente no planejamento dos cuidados aos pacientes. Pode ser entendido como uma abordagem que garante que o cuidado seja desenvolvido de forma a incluir questões e necessidades dos familiares com relação ao tratamento do paciente, sendo pautado nos princípios de dignidade e respeito (CRUZ; ANGELO, 2011).

O cuidado centrado no paciente envolve: enfoques multiprofissionais; parcerias; respeito aos desejos do paciente a partir de suas necessidades social, emocional e física; apoio; informação; comunicação; participação do paciente e de sua família; estímulo; respeito à dignidade e à privacidade; e busca de conforto físico e emocional. Assim, o paciente deve ser envolvido, ouvido e informado na terapêutica. Os profissionais da saúde devem levar em conta suas necessidades físicas e emocionais e estabelecer uma relação de parceria com ele, diminuindo as assimetrias desta relação e garantindo a participação do doente nas tomadas de decisão sobre os rumos terapêuticos (ALBUQUERQUE *et al.*, 2017).

O cuidado centrado requer empatia e profissionais de saúde mais atentos e informativos, capazes de abandonar o status de autoridade para estabelecer uma relação de parceria, solidariedade e colaboração (EPSTEIN; STREET JUNIOR, 2011). Pondera-se que cuidado centrado no paciente é uma concepção holística, baseada em relações particularizadas entre o profissional da saúde e o paciente (STEWART, 2001). Ou seja, cada paciente tem uma identidade única, relacionada a sua experiência, o meio em que vive e sua condição física e social.

O paciente é que deve nortear os cuidados a serem a ele oferecidos e por ele recebidos (ELLS; HUNT; CHAMBERS-EVANS, 2011). Um estudo observacional realizado por Pluut (2016) constatou que os cuidados centrados no paciente envolvem comunicação, parceria, aproximação, promoção da saúde e interesse na vida do paciente e que, a partir da aplicação concreta de tais requisitos, é possível apurar maior satisfação por parte dos pacientes, diminuição dos sintomas e menores queixas (ELLS; HUNT; CHAMBERS-EVANS, 2011).

Resumindo, os cuidados centrados no paciente envolvem:

- a) simetria nas relações humanas e parceria entre seus componentes;
- b) comunicação entre os integrantes da relação e compartilhamento de informação;
- c) participação do paciente e de familiares nas decisões relativas ao cuidado;
- d) respeito aos valores e crenças do paciente.

Existem posições diferenciadas sobre como se atingir tais padrões de cuidado, ensejando posicionamentos que valorizam aspectos diferentes do paciente e da relação em saúde. Assim o cuidado deve ser centrado no paciente, para aliviar vulnerabilidades, amenizar sofrimentos e melhorar a qualidade dos diagnósticos e experiência individual. O papel do profissional da saúde é o de cuidar. Ele é o principal responsável pelas tomadas de decisão. A troca de informações sobre a saúde do paciente tem a função de melhorar o diagnóstico e permitir que o paciente entre em conformidade com os conselhos médicos (PLUUT, 2016). O profissional da saúde deve aconselhar e ajudar o doente a decidir, bem como desenvolver a vontade e o potencial dele para tomar decisões (PLUUT, 2016).

As informações sobre a saúde do paciente são fundamentais para um bom diagnóstico e para facilitar suas escolhas. Existem múltiplas identidades e variadas preferências entre os pacientes. Por isso o papel do profissional da saúde é compreender as necessidades, valores e desejos de cada paciente no contexto do tratamento, atentando-se para o estilo da comunicação e o desejo de envolvimento do doente na tomada de decisões (PLUUT, 2016). Tanto o paciente quanto o profissional da saúde são responsáveis por decidir sobre o curso do tratamento. As informações, são importantes a cada paciente e situação, podendo servir para obter a conformidade do paciente com o tratamento ou incentivar outras escolhas (PLUUT, 2016).

A diversidade de discursos é inevitável e valiosa, pois incita ao diálogo e à busca de melhores padrões de cuidados em uma cultura que deve estar atenta às diferentes expectativas e necessidades dos pacientes e às intervenções médicas disponíveis (PLUUT, 2016).

É preciso reconhecer o paciente como um ser vulnerável, que precisa ser protegido e aliviado em seu sofrimento. Por isso o tratamento deve considerá-lo de forma integral. De outro lado, não se pode crer que as decisões devam ser confiadas apenas aos profissionais da saúde e que o compartilhamento de informações sirva somente para melhorar o diagnóstico ou como subsídio para que o profissional convença o paciente a se amoldar as suas convicções sobre o tratamento (PARANHOS; ALBUQUERQUE, 2018).

Ao invés de ocupar uma posição passiva, o paciente deve ser estimulado a gerir sua vida e exercer sua autonomia, a partir de um suporte e de um canal de comunicação adequados a habilitá-lo e a estimulá-lo a se integrar ao processo decisório. Ao mesmo tempo, não se pode

pretender que o paciente tome decisões isoladamente, sem o apoio dos profissionais da saúde e de seus familiares, e que assuma sozinho a responsabilidade de suas escolhas, pois nem sempre ele sabe o que quer ou o que é melhor para si, justamente por estar vivendo momentos de grande fragilidade (PARANHOS; ALBUQUERQUE, 2018).

Para que o tratamento seja centrado no paciente de forma eficaz, deve-se ter em vista que cada ser é único e enfrenta a doença de forma individualizada. Por isso, reconhecendo as diversidades das pessoas e atentando-se para as variadas situações e preferências, as atitudes dos profissionais devem ser moldadas considerando as particularidades de cada paciente, de maneira a responder a seus anseios, necessidades, valores e preferências no contexto de cada encontro (PARANHOS; ALBUQUERQUE, 2018).

A comunicação deve ser adaptada ao grau de entendimento de cada paciente, a troca de informação deve servir para possibilitar escolhas e o processo de decisão deve respeitar a vontade do paciente de se envolver. O compartilhamento e a cumplicidade esperados de um modelo eficaz de cuidados centrados no paciente não devem ser impostos (PARANHOS; ALBUQUERQUE, 2018).

O cuidado centrado no paciente tem sido associado à melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. Políticas recentes enfatizam o valor das opiniões dos pacientes, que não apenas complementam as perspectivas dos profissionais de saúde, como também fornecem informações exclusivas sobre a eficácia dos cuidados de saúde, incluindo a melhoria das experiências, a satisfação do prestador de cuidados de saúde e a redução dos custos dos serviços de saúde (McCORMACK; McCANCE, 2006). Em suma, o cuidado centrado no paciente é um modelo em que os provedores de saúde são encorajados a formar parcerias com os pacientes, para projetar e oferecer atendimento personalizado, oferecendo cuidados de alta qualidade e melhorando a eficiência e eficácia do sistema de saúde (WALTERS; TOOMBS; RABUKA, 1994).

2.3 Experiências internacionais de implantação do modelo de cuidado centrado no paciente

O modelo de cuidado centrado no paciente é relativamente novo e ainda contempla dissensos quanto a sua aplicação. Entre as décadas de 1960 e 1970, ocorreram mudanças nas práticas médicas, dentre elas a forma de relacionamento entre profissionais da saúde e pacientes (JOTERRAND; AMODIO; ELGER, 2016). Desde então, alguns estudos têm sido conduzidos no sentido de aprimorar esse novo modelo de cuidado.

Primeiramente, é necessário compreender o paciente a partir de sua dupla condição: a de vulnerável e a de ator central no processo terapêutico (ALBUQUERQUE *et al.*, 2017). É necessário esclarecer que o cuidado centrado no paciente é um dos princípios que compõem o arcabouço teórico dos *Direitos Humanos dos Pacientes*, ao lado da ideia de dignidade humana, dos princípios da autonomia relacional e da responsabilidade do paciente, sinalizando que ele é o agente fundamental e o principal beneficiário dos cuidados (ALBUQUERQUE *et al.*, 2017).

Na Austrália, a reforma do sistema de saúde realizada em 2010 considerou a experiência vivenciada pelos pacientes como um dos itens importantes para avaliar a qualidade dos serviços de saúde. No ano seguinte, o governo elaborou um plano para redirecionar os serviços de saúde denominado, *National Healthcare Agreement* com objetivos de longo prazo para melhorar os resultados, incluindo entre os indicadores de monitoramento a experiência da população com os serviços (AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE, 2011).

Documentos oficiais do governo da Austrália dão conta que a participação e o envolvimento dos pacientes em seu cuidado foram definidos como um direito dos indivíduos. O Estatuto dos Direitos dos Pacientes e Consumidores, criado em 2008, estabeleceu como direitos do paciente ter um papel ativo em seu tratamento e participar tão plenamente quanto desejar nas decisões sobre seus cuidados (PIPER; DUMBAR, 2008).

Na área da qualidade em saúde, a *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care* (ACSQHC) publicou dez normas nacionais de segurança e qualidade para os serviços de saúde para 2011/2012 (AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE, 2012).

Outra norma estabelecida, denominada “parceria com os consumidores”, estimulou a participação do paciente no planejamento e avaliação dos serviços de saúde, orientou a formação de gestores e profissionais de saúde para implementar políticas para o cuidado centrado no paciente e garantiu informações aos pacientes com objetivo de prepará-los para saber avaliar a qualidade e segurança dos serviços de saúde (AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE, 2012). O cuidado centrado no paciente foi incluído em planos e programas específicos do governo da Austrália para a atenção básica, saúde mental, doenças crônicas e atenção farmacêutica (AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE, 2011).

No Canadá, em 2001, foi criada uma comissão denominada *The Commission on the Future of Health Care in Canada*, cujo objetivo era engajar os cidadãos canadenses num diálogo nacional sobre o futuro do sistema de saúde. O relatório final dessa comissão, publicado

em 2002, revela que o cuidado centrado no paciente foi incluído como um dos eixos para reformas. Uma de suas recomendações foi a criar de uma rede para promover o letramento em saúde da população, com informações confiáveis e suporte para consulta dos pacientes (ROMANOW, 2002). A intenção era preparar os profissionais para fortalecer o cuidado centrado no paciente. Em sua prática, o Ministério de Saúde do Canadá, Health Canada, incluiu a estratégia *Interprofessional Education for Collaborative Patient-centred Practice* no programa de educação continuada, o *Internationally Educated Health Professionals Initiative* (GILBERT, 2005). A capacitação envolvia profissionais de várias especialidades e promovia e ciclos de debate, incentivando o compartilhamento de experiências entre os profissionais e servindo como referência para implantar ações e estratégias para o cuidado centrado no paciente em nível regional.

A divulgação sobre informações da saúde da população é realizada pela ONG *Canadian Institute for Health Information* (CIHI), que desenvolveu um questionário para avaliar a experiência dos pacientes na área hospitalar. Os aspectos avaliados, no atributo cuidado centrado no paciente foram: comunicação; tempo de consulta; envolvimento na decisão compartilhada; e suporte emocional (CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION, 2001).

Nos EUA, na reforma do sistema de saúde que ocorreu em 2010, o *Patient Protection and Affordable Care Act* (PPACA), ou Lei de Assistência Acessível, chamado comumente como *Affordable Care Act* (ACA), ou Lei de Assistência Acessível, ou *Obamacare*, estabeleceu a *National Quality Strategy* (NQS), que funciona como um guia orientador para a melhoria da qualidade do cuidado em saúde e tem por objetivo desenvolver indicadores e mensurar resultados (PETENATE; LAJOLO, 2013). A NQS apresentou como objetivos principais:

- melhorar a qualidade do cuidado;
- promover pessoas saudáveis/comunidades saudáveis e
- tornar o cuidado acessível.

O objetivo central é descrito como melhorar a qualidade do cuidado, tornando-o mais confiável, acessível, seguro e centrado no paciente (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2014).

Foram definidas seis áreas prioritárias, com potencial para melhorar a qualidade do cuidado (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2014). Uma das

áreas é o cuidado centrado no paciente, que tem como prioridade engajar pacientes e familiares como parceiros no cuidado. Foram estabelecidos como objetivos de longo prazo:

- melhorar a experiência do paciente, familiar e cuidador com o cuidado prestado com relação à qualidade, segurança e acesso;
- desenvolver planos de cuidado culturalmente sensíveis e compreensíveis, em parceria com os pacientes, familiares e cuidadores, utilizando um processo de tomada de decisão compartilhada;
- capacitar pacientes e seus familiares para se informar, coordenar e gerenciar seu cuidado de forma adequada e eficaz (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2014).

A NQS destacou-se como importante iniciativa para atingir os objetivos propostos no programa *Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems* (CAHPS) ou Avaliação do Consumidor de Provedores e Sistemas de Assistência Médica, desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) – Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde. A AHRQ integra o *Department of Health and Human Services* (HHS) ou Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, que tem como missão produzir pesquisas baseadas em evidências científicas para tornar o cuidado de saúde mais seguro, de maior qualidade e mais acessível e equitativo. O departamento trabalha em parceria com outras organizações, para se certificar que as evidências científicas sejam compreendidas e utilizadas (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2015).

A AHRQ desenvolveu estudos voltados para e promover a utilização de questionários (*surveys*) capazes de avaliar a experiência dos consumidores com os serviços de saúde. O programa CAHPS ou Avaliação do Consumidor de Provedores e Sistemas de Assistência Médica, criou ferramentas e recursos para de produzir informações comparativas sobre os serviços e avaliar o atendimento dos ambulatórios, hospitais, lares de idosos, centros de diálise, tratamento cirúrgico, odontologia, clínicas de planos de saúde e atendimento aos indígenas. No início dos anos 2000, o *Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems* (HCAHPS), ou Avaliação do Consumidor para Serviços Hospitalares e Sistemas Relacionados, começou a ser aplicado com o objetivo de medir a qualidade dos serviços prestados e a satisfação de pacientes dos hospitais do país que atendem aos seguros públicos de saúde, o *Medicare*, que é sistema de seguros de saúde gerido pelo governo dos Estados Unidos e destinado às pessoas de idade igual ou superior a 65 anos ou que verifiquem certos critérios de

rendimento, e o *Medicaid*, programa de saúde social dos Estados Unidos para famílias e indivíduos de baixa renda e recursos limitados (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2015).

Em maio de 2005, o Fórum Nacional da Qualidade (NQF), organização criada para padronizar a medição e os relatórios da qualidade dos serviços de saúde, endossou formalmente a Pesquisa Hospitalar CAHPS. Tal endosso representou o consenso de muitos profissionais de saúde, grupos de consumidores, associações profissionais, compradores, agências federais e organizações de pesquisa e qualidade (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2015).

Algumas diretrizes e iniciativas do governo deram relevância ao cuidado centrado no paciente. A organização responsável pela qualidade em saúde, AHRQ, criou o modelo *Patient-centered Medical Home* (PCMH), ou Lar Médico Centrado no Paciente que propunha a melhoria do sistema de saúde mediante a reorganização da atenção primária, tendo como um de seus cinco pilares o cuidado centrado no paciente (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2012).

Nos Estados Unidos, muitas instituições utilizaram os questionários CAHPS para avaliar a experiência dos pacientes com o cuidado. Foram criadas várias versões e incluídos suplementos, de acordo com o que se pretendia avaliar. Os questionários foram utilizados nas áreas de consulta ambulatorial, hospitalar, odontologia, atendimento domiciliar e centros de hemodiálise. Os resultados na área hospitalar foram publicados no portal do *Medicare*, no qual é possível comparar os resultados entre os hospitais, por meio de gráficos e tabelas (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2012). Na área ambulatorial, a AHRQ disponibilizou em seu portal os resultados de todos os CAHPS aplicados anualmente em atenção primária em saúde, planos de saúde e clínicas (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2012).

O governo dos Estados Unidos utilizou os resultados dos questionários CAHPS para estabelecer metas de longo prazo para o sistema de saúde. Por intermédio do *Office Disease Prevention and Promotion* (Escritório de Prevenção de Doenças e Promoção da Saúde), em parceria com várias instituições, criou um plano para melhorar o sistema de saúde, denominado *Healthy People 2020* (Pessoas Saudáveis 2020), em que se estabeleceram dez objetivos nacionais, baseados em evidências científicas, e propôs metas de avaliação para monitorar progressos ao longo de uma década (DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICE, 2010).

Entre os objetivos propostos nesse plano, citam-se: melhorar a comunicação entre o profissional e o paciente e o letramento em saúde da população; aumentar o número de pacientes que utilizam recursos eletrônicos na saúde para acesso aos prontuários; melhorar a comunicação com os profissionais, resultados de exames; aumentar o número de pessoas com acesso à internet; e aumentar a proporção de portais relativos à saúde com informações de qualidade (US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICE, 2010).

Nos EUA, alcançaram grande importância as iniciativas de Organizações não Governamentais (ONG) para promover um cuidado centrado no paciente nos serviços de saúde. Podem-se citar: IOM, IHI, *Planetree* e a *Joint Commission Internacional* (JCI). Estas organizações desenvolveram pesquisas, publicaram relatórios ou criaram modelos para inclusão deste atributo na prática.

Na Inglaterra, a reforma do sistema realizada no ano de 2000 estabeleceu como objetivos: oferecer uma ampla gama de serviços e adaptá-los às necessidades e preferências do paciente; responder às diferentes necessidades das diferentes populações; melhorar a qualidade dos serviços; e minimizar os erros (NATIONAL HEALTH SERVICE, 2000).

No plano de reforma *National Health Service* (NHS), ou Serviço Nacional de Saúde, foi proposta a modernização dos serviços, o governo reconheceu a falta de uma visão genuinamente centrada no paciente, na qual os serviços sejam pensados a partir de necessidades, estilo de vida e aspirações pessoais (NATIONAL HEALTH SERVICE, 2000). Em 2012, o *Health and Social Care Act* (Lei de Saúde e Assistência Social) propôs mudanças para reestruturar o sistema de saúde e considerou o cuidado centrado no paciente como elemento central para mudanças necessárias (NATIONAL HEALTH SERVICE, 2012).

Especificamente na Inglaterra, o *National Commissioning Board* (Conselho Nacional de Comissionamento) elegeu como valores principais para o sistema de saúde: respeito e dignidade; compromisso com a qualidade do atendimento; compaixão; melhor qualidade de vida; e trabalho em conjunto pelo bem do paciente. Considerou, também, um direito do paciente ser ouvido cuidadosamente e ter oportunidade de expor suas ideias (NATIONAL HEALTH SERVICE, 2014).

Em 2014, o NHS definiu as mudanças necessárias para o sistema de saúde nos próximos cinco anos, no relatório intitulado *Five Year Forward View* (Visão de cinco anos para a frente), com recomendação para criar modelos flexíveis de prestação de serviços individualizados para as populações e as necessidades locais (NATIONAL HEALTH SERVICE, 2014). Este documento que alertou para a necessidade de desenvolver um cuidado personalizado para os pacientes com doenças crônicas, propunha como objetivo que nos próximos cinco anos todos

os pacientes do NHS tivessem acesso por internet a seus registros e prescrições. Esta iniciativa constituiu uma verdadeira revolução da informação (NATIONAL HEALTH SERVICE, 2014).

Seguindo as recomendações propostas pelo NHS, algumas ONGs na Inglaterra fizeram propostas de estratégias para implantar o cuidado centrado no paciente nos serviços de saúde. A *Health Foundation* (Fundação de Saúde), organização independente de grande importância no Reino Unido, conduz pesquisas e avaliações e prioriza duas áreas: segurança do paciente e cuidado centrado no paciente. Ela criou uma área específica em seu portal onde disponibiliza vídeos informativos e instrumentos para facilitar a implantação deste atributo na prática (THE HEALTH FOUNDATION, 2013).

Outra organização do Reino Unido, a *Care Quality Commission* (CQC), ou Comissão de Qualidade de Cuidados, que tem o papel de regular a prestação de cuidados na área de saúde e social na Inglaterra, utiliza como instrumento para avaliar a experiência dos pacientes o *National Patient Survey Programme* (Programa Nacional de Pesquisa de Pacientes) (CARE QUALITY COMMISSION, 2013).

Outro instrumento utilizado pelo NHS para pesquisa da satisfação dos pacientes é o *Family and Friends Test* (FFT), ou Teste de Amigos e Família. Lançado em abril de 2013, é utilizado em todos os serviços hospitalares e de emergência no país para aferir a experiência dos pacientes. Respondido de forma contínua e com resultado em tempo real, é constituído de uma só pergunta: Qual é a probabilidade de você recomendar nossa enfermagem ou emergência, ou ambulatório, para amigos e familiares se eles precisassem de cuidados ou tratamento similar? (NATIONAL HEALTH SERVICE, 2014). O FFT é utilizado nacionalmente, ao lado de outros instrumentos, como os NHS *surveys*.

Na Holanda, desde a década de 1980, uma mudança generalizada pode ser observada em perspectivas sobre o cuidado. Isso está parcialmente ligado à individualização na sociedade e ao aumento da autoafirmação entre os clientes. Isso contribuiu para a introdução de conceitos de cuidados centrados no cliente. Os clientes tornaram-se mais críticos, solicitando cuidados que atendam a seus desejos e demandas individuais (WITTE; SCHOOT; PROO, 2006).

O cuidado orientado para a demanda é atualmente um dos princípios predominantes na política de saúde holandesa. É assim que o cuidado centrado no paciente é nomeado no país (BOSMAN *et al.*, 2008), o Conselho de Saúde Pública o descreve como um esforço conjunto do cliente e profissionais de saúde, que resulta no cliente recebendo a ajuda que atende a seus desejos e expectativas e que também atende aos padrões profissionais (BOSMAN *et al.*, 2008).

Esta definição enfatiza a autonomia do cliente, mas, ao mesmo tempo, valoriza a perspectiva do profissional. Além disso, destaca a colaboração, ou seja, a responsabilidade

compartilhada do cliente e do profissional. As necessidades subjetivas e as demandas expressas do cliente são centrais, mas é com base no diálogo que se tomam as decisões sobre a demanda e o cuidado, sendo caracterizado como um processo bilateral (WITTE; SCHOOT; PROO, 2006).

Na Holanda, a introdução de cuidados orientados para a demanda é apoiada por medidas políticas e econômicas, como, o orçamento pessoal e a introdução de forças de mercado. O cuidado orientado pela demanda é especialmente importante para clientes em setores nos quais o cuidado é necessário, como aqueles com doenças crônicas que recebem atendimento domiciliar. Além disso, os doentes crônicos são um grupo em rápido crescimento, que usará cada vez mais os cuidados (WITTE; SCHOOT; PROO, 2006). A Lei de Instituições de Qualidade de Cuidados da Holanda e a Lei de Profissão de Cuidados de Saúde Individuais estabelecem requisitos gerais para o cuidado adequado. Além do foco no cliente e da atenção à demanda do paciente, a boa qualidade, o cuidado efetivo e o cuidado eficiente são mencionados. O governo endossou a posição central do cliente na legislação, como a Lei do Acordo de Tratamento Médico (WGBO – *Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst*), a Lei de Participação de Instituições de Atendimento ao Cliente (WMCZ – *Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen*) e o direito de reclamar.

No sistema de saúde holandês, existe uma chamada crescente para avaliar as organizações assistenciais do ponto de vista do cliente e publicar essas avaliações, para fornecer aos potenciais clientes informações relevantes que os ajudem a escolher entre diferentes prestadores de cuidados ou organizações de saúde. O governo nacional iniciou o desenvolvimento de um portal na Internet para este fim específico. Muitas organizações de saúde estão trabalhando na implementação de conceitos de cuidado centrados no cliente na prática diária. Concentrar-se no cliente é um slogan que todas as organizações de cuidados e seguradoras de saúde que se prezam têm uma alta prioridade. Em síntese, novos conceitos de cuidado, como o cuidado orientado pela demanda e o cuidado orientado pela demanda, são uma resposta para esse desenvolvimento (WITTE; SCHOOT; PROO, 2006).

2.4 Modelo de cuidado centrado no paciente no Brasil

A partir processo de democratização vivido no Brasil com a Constituição de 1988, surgiram diversas leis e normas que estabeleceram os direitos dos pacientes. Em 2006 o Ministério da Saúde publicou a *Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde*, com seis princípios básicos para os direitos dos usuários (BRASIL, 2007), a qual estabelecia como garantias do

paciente em consultas e procedimentos médicos: respeito à integridade física, privacidade e conforto, individualidade, valores éticos, culturais e religiosos, confidencialidade, segurança do procedimento e bem-estar psíquico e emocional. Considerava também, como garantia para o paciente o direito à informação a respeito de diferentes possibilidades terapêuticas (BRASIL, 2007).

No final da década de 1990, o Ministério da Saúde criou o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Programa de Humanização da Assistência Hospitalar, os quais deram origem à Política Nacional de Humanização (PNH), em 2003 (BRASIL, 2010).

Muitos princípios nos quais se baseia a PNH estão relacionados com o conceito de cuidado centrado no paciente, uma vez que enfatizam a participação e o engajamento do paciente e valorizam a escuta para entender às diferentes necessidades daquele que é assistido (BRASIL, 2010). As diretrizes da PNH propõem mecanismos para favorecer a participação dos pacientes no cotidiano dos serviços e ressaltam a importância da criação de espaços saudáveis, com privacidade, acolhedores e confortáveis (BRASIL, 2004).

Outros programas criados no Brasil deram relevância a pesquisas sobre a experiência dos pacientes nos serviços. Na área de atendimento hospitalar, o Ministério da Saúde desenvolveu, em 1988, o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH), que elaborou uma pesquisa de satisfação dos usuários para ambulatório, internação e emergências e um roteiro técnico para avaliação, utilizado por gestores estaduais e municipais em hospitais públicos e privados vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2004).

O PNASH foi reformulado em 2004 e passou a ser denominado Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS). Entre as ferramentas de avaliação, cita-se a pesquisa de satisfação dos usuários do SUS, que incluiu algumas perguntas sobre as condições do ambiente e atitudes dos profissionais envolvendo respeito, atenção e escuta. Essas perguntas são semelhantes aos itens presentes em questionários de avaliação utilizados nos países estudados para monitorar o cuidado centrado no paciente (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2004).

Para a área de atenção básica, o Ministério da Saúde criou, em 2011, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), cujo objetivo era ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção básica, mediante a criação de um padrão de qualidade para comparação entre as diversas regiões do país (BRASIL, 2012).

A entrevista com o usuário no PMAQ serviu para avaliar o acesso aos serviços de saúde, a marcação de consultas, o acolhimento à demanda espontânea e a ação integral à saúde,

incluindo perguntas sobre: privacidade do ambiente de consulta; se o paciente recebeu orientações sobre sua recuperação; se houve respeito aos hábitos culturais, costumes, religião; e se o paciente se sentiu à vontade para falar de suas preocupações (BRASIL, 2012). Ao final da entrevista com o usuário, foi feita a seguinte pergunta: o/a senhor(a) recomendaria esta unidade de saúde para um amigo ou familiar? (BRASIL, 2012).

Para avaliar os serviços na saúde suplementar, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) desenvolveu, em 2011, o Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde (QUALISS) (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2012). Entre os indicadores essenciais definidos neste programa para monitorar os hospitais foram incluídos: satisfação do cliente e monitoramento da manifestação do cliente.

A Organização Nacional de Acreditação (ONA) adota como referência as Normas do Sistema Brasileiro de Acreditação e o Manual Brasileiro de Acreditação, que determinam a utilização de sistemas de aferição da satisfação do usuário e a existência de um programa institucional da qualidade e produtividade implantado (BRASIL, 2002a). O Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) adota a metodologia da JCI, que inclui em suas metas um serviço de saúde centrado nas necessidades dos pacientes, visando ao modelo do cuidado centrado no paciente (PETENATE; LAJOLO, 2013).

Alguns hospitais no País que são acreditados por essas instituições adotaram o cuidado centrado no paciente como um atributo de relevância na organização de seus serviços. A ONG *Planetree* fornece um selo de reconhecimento para instituição reconhecida como serviço centrado nos pacientes em ambientes saudáveis e propícios de cura. As instituições afiliadas são avaliadas com base nos componentes do Modelo *Planetree*, que inclui dez itens voltados para o cuidado centrado no paciente. No Brasil, o Hospital Israelita Albert Einstein, localizado na cidade de São Paulo, é a entidade responsável por treinar e certificar as instituições que se propõem a seguir este modelo (PLANETREE, 2014).

As recomendações da OMS para a Segurança do Paciente é um dos principais eixos definidos para o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), consistindo no “Envolvimento do Cidadão na sua Segurança”, considerando os pacientes, familiares e acompanhantes como parceiros nos esforços para a prevenção de falhas e danos em serviços de saúde do País. O paciente deve ser o ponto central da preocupação dos profissionais e da alta direção, com a segurança nos serviços de saúde. Quando é ouvido e convidado a participar ativamente de seu cuidado e tratamento, deixa de ser um mero receptor passivo de cuidados e pode contribuir com um atendimento mais seguro, ciente de sua responsabilidade como cidadão e consumidor de serviços de saúde. Dessa forma, a parceria entre paciente, familiares e

profissionais de saúde pode contribuir para o sucesso do tratamento (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2004).

Em 2017, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) apresentou a primeira edição do Guia “Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes”, importante instrumento para orientar uma mudança na cultura dos serviços de saúde no que se refere à participação do cidadão nos processos de segurança assistencial (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2004).

Em síntese, o modelo cuidado centrado no paciente demanda uma mudança de cultura nos serviços de saúde, para que os profissionais possam estimular e apoiar uma atitude mais ativa dos clientes destes serviços, considerando os pacientes como parceiros que podem desempenhar um papel responsável por sua saúde e cuidado. Os familiares, acompanhantes e o próprio paciente devem participar de sua assistência, estando cientes de seus direitos e deveres como usuário dos serviços de saúde, compreendendo os riscos associados com a assistência, escolhendo o profissional de saúde devidamente especializado; prestando informações corretas sobre sua saúde e, uma vez aceito o tratamento, seguindo as instruções dos profissionais e participando das decisões de assistência e terapêuticas (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2004).

2.6 Experiência do Paciente e o Cuidado Centrado no Paciente

A experiência do paciente é um tema relativamente recente na área da saúde e está aos poucos adquirindo maior relevância para as organizações de saúde em todo o mundo. No Brasil este processo ainda é incipiente, muito embora várias organizações hospitalares privadas estejam centrando esforços para desenvolvimento da visão e implementação de ações relacionadas à melhoria da experiência do paciente. No momento atual, há muita confusão ainda com satisfação do paciente (COSTA, 2017).

Para a AHRQ, por definição:

A experiência do paciente abrange a gama de interações que os pacientes têm com o sistema de saúde, incluindo planos de saúde, médicos, enfermeiros, demais profissionais em hospitais, práticas médicas e outros serviços de saúde. Como parte integrante da qualidade dos cuidados de saúde, a experiência do doente inclui vários aspectos da prestação de cuidados de saúde que os doentes valorizam muito quando procuram e recebem cuidados (AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, 2017).

Segundo o *Beryl Institute*, organização dedicada à melhoria da experiência do paciente e que atua em mais de 80 países, experiência do paciente é a “soma de todas as interações, moldadas pela cultura de uma organização, que influenciam as percepções do paciente em todo o atendimento” (THE BERYL INSTITUTE, 2019).

Entender a experiência do paciente é um ponto fundamental na mudança em direção ao cuidado centrado no paciente. Analisando vários aspectos da experiência do paciente, pode-se avaliar até que ponto eles estão recebendo cuidados que são respeitosos e que respondem às preferências, necessidades e valores individuais. Avaliar a experiência do paciente, juntamente com outros componentes, como a eficácia e a segurança dos cuidados é essencial para fornecer uma imagem completa da qualidade dos cuidados de saúde (AHRQ, 2017).

Como parte do amadurecimento cultural das Instituições de Saúde, o conceito abrange aspectos de Qualidade, Segurança, Eficiência, Desfecho Clínico e Prestação de Serviços, suportados pela cultura de Cuidado Centrado no Paciente (ou Cuidado Centrado na Pessoa, termo mais recentemente utilizado). A crescente disponibilidade de informações e a postura proativa dos pacientes e de seus familiares reforçam o compromisso das Instituições com a educação e o engajamento dos pacientes, para que estes participem ativamente das decisões do seu tratamento e façam a gestão do seu próprio cuidado (AHRQ, 2017).

Um estudo publicado pelo National Institute for Health Research (NIHR) testou essa metodologia centrada no paciente em análises de multimorbilidade e continuidade do cuidado e notou os seguintes benefícios:

1. Maior valorização do paciente frente ao cuidado;
2. Aumento da satisfação dos pacientes;
3. Aumento da comunicação e melhoria da qualidade da mesma entre pacientes e colaboradores;
4. Melhoria dos resultados assistenciais;
5. Melhoria da experiência do paciente.

A gestão da qualidade coloca a preocupação com o cliente em sua definição e como foco de suas ações. Apesar disso, poucos sistemas e organizações de saúde têm sido capazes de posicionar os usuários no centro de suas atividades, levando em conta sistematicamente suas expectativas. Para reverter esse panorama, tem sido reforçada a ideia da “experiência do paciente”, inspirada em tendências do marketing (SCHIESARI, 2017).

A experiência do paciente permite que pacientes e familiares definam o “valor” do cuidado prestado, permitindo que as organizações de saúde foquem seus esforços no que importa para ele. Fortalecer a sua experiência, muitas vezes significa implementar passos simples que poderiam fazer a diferença para os pacientes (COSTA, 2017). Com alguns exemplos:

- aumentar o cuidado para que o paciente/familiar seja compreendido e suas dúvidas sejam formalmente documentadas para que possa ser posteriormente consultado;
- manter uma conversa aberta com o paciente/familiar, fazendo com que ele se sinta confortável em se abrir com qualquer um dos profissionais de saúde sobre qualquer assunto;
- interpretar as demandas dos pacientes/familiares de acordo com seus valores pessoais e culturais, suposições e crenças;
- compreender o cuidador como um “parceiro”, de forma a tornar mais fácil para eles se envolverem com a assistência.

Conforme Costa (2017), é preciso ir além, de forma que os profissionais implementem cuidado do paciente de maneira individual, valorizando suas necessidades e vontades, e adaptando a assistência de acordo com as suas respostas. Ainda segundo o mesmo autor, nesse cenário, o cuidado centrado no paciente aparece como um modo de encarar a assistência como uma abordagem maleável por meio da troca de informação técnica do colaborador ao paciente e uma decisão compartilhada sobre o procedimento a ser adotado (COSTA, 2017).

2.7 Desenvolvimento de competências para o cuidado em saúde

O conceito de competência tem sido amplamente difundido no mundo do trabalho e aplicado em variadas áreas de conhecimento. Na saúde, o desenvolvimento de competências apresenta-se como uma nova perspectiva para a formação dos profissionais da área, não só por incentivar a reflexão crítica, como também por ser capaz de responder às exigências impostas pelo atual cenário de mudanças sociais e favorecer o desenvolvimento do profissional (VIEIRA *et al.*, 2015).

Na contemporaneidade, não basta apenas ter profissionais qualificados. O que se espera é que esses sejam competentes para alcançar as exigências do trabalho. Nessa perspectiva, para

que uma força de trabalho seja competente, conhecimentos e habilidades são necessários para traduzir a teoria política e a pesquisa em ação efetiva, a fim de proporcionar o cuidado adequado e desenvolvimento da promoção da saúde (HILBERT; DUARTE; MILARÉ, 2011).

A competência do indivíduo não é um estado e não se reduz a um conhecimento específico, mas, sim, o resultado do cruzamento de três eixos: a formação da pessoa; sua formação educacional; e sua experiência profissional (LE BOTERF, 2003). O conceito ampliado passou a focar também realizações e entregas no contexto em que a pessoa está inserida. Assim, o trabalho não significa mais o conjunto de tarefas associadas descritivamente a um cargo, passando a abranger o prolongamento direto da competência que o indivíduo mobiliza em face de uma situação profissional cada vez mais mutável e complexa (VIEIRA *et al.*, 2015).

De acordo com Vieira *et al.* (2015), as competências exigidas do indivíduo para a área da saúde se apresentam como: saber agir, mobilizar, transferir conhecimentos para resolver situações práticas, aprender constantemente e engajar-se em resposta às exigências e necessidades de cada área de atuação, visando atender às necessidades de assistência.

Os princípios que orientam a prática do cuidado centrado no paciente são: dignidade, compaixão e respeito; coordenação e integração do cuidado; cuidado personalizado; apoio ao autocuidado; informação, comunicação e educação; conforto físico; apoio emocional, alívio do medo e ansiedade; envolvimento de familiares e amigos; transição e continuidade; e, incorporado mais recentemente, acesso ao cuidado (PICKER INSTITUTE, 2017).

Para realizar o cuidado centrado, é necessário que o profissional apresente competências diferenciadas, como: capacidade para gerenciar conflitos; resolutividade; domínio de argumentação; comunicação assertiva; negociação; tomada de decisão; e educação e desenvolvimento profissional. Estes requisitos são essenciais para a qualificação na estratégia, de modo a obter a qualidade do cuidado do paciente, destacando a importância da retomada dos princípios básicos da relação profissional de saúde-paciente para desenvolver o cuidado centrado (MANENTTI *et al.*, 2012).

Essas competências são necessárias para que o profissional de saúde mantenha uma comunicação fluida e escute o paciente, encontrando formas adequadas para lidar com o tratamento. “Cabe ao profissional de saúde o papel de possibilitar que a relação seja centrada no paciente e não apenas na doença.” (CAPRARA; RODRIGUES, 2004, p. 145). Os efeitos positivos de uma boa relação profissional de saúde com o paciente propiciam a melhora da qualidade do cuidado, com resultados imediatos sobre o estado de saúde dos pacientes (CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

Almeida e Ferraz (2008) afirmam que, devido à importância do desenvolvimento de competências, é necessário investir nos recursos humanos em saúde, envolvendo os seguintes aspectos: reestruturação curricular nos cursos de formação em saúde, adequando os currículos às demandas dos serviços de saúde; adoção de metodologias de ensino-aprendizagem que promovam uma formação crítica e reflexiva e uma integração efetiva entre as instituições de ensino superior e os serviços de saúde; e capacitação dos recursos humanos da saúde por meio de uma educação permanente em saúde

O eixo norteador para tais transformações concebe o papel do profissional de saúde como o de cuidador, preconizando a transformação das práticas em saúde e da tutela para o acolhimento e o cuidado (BREDA *et al.*, 2005). Nessa perspectiva, em termos de políticas públicas, tem-se a PNH, também denominada Humaniza SUS (BRASIL, 2004). A PNH se apresenta como uma estratégia para alcançar maior qualificação da atenção e da gestão dos processos de trabalho em saúde, por meio de um projeto de corresponsabilidade e da qualificação dos vínculos profissionais, e destes com os usuários na produção de saúde (BRASIL, 2004).

A proposta de humanização pode ser entendida como um resgate das dimensões humanas, em que a subjetividade e o cuidado se tornem elementos essenciais. Fica difícil falar em humanizar sem falar de emoções e afetos e das produções simbólico-emocionais que integram nossas experiências de vida e se produzem nas relações (BREDA *et al.*, 2005).

Com base nesta visão, diversos autores, estudiosos do fazer em saúde, definem o papel do profissional de saúde no cenário atual como cuidador, que implica a substituição do termo *tratar* pelo *cuidar*, tratar pressupõe um diagnóstico e cuidar tornaria possível uma visão ampliada do sujeito alvo dos cuidados (AYRES, 2001; MANDÚ, 2004; ZOBOLI, 2004; PEGORARO; CALDANA, 2007). É importante enfatizar o caráter essencialmente relacional deste cuidado, privilegiando-se a produção de sentidos resultante do encontro de subjetividades e considerando quem se apresenta para ser cuidado como um ser único, que tem uma história, uma visão de mundo, uma maneira de entender, sentir, se relacionar e se expressar, inclusive suas dores (AYRES, 2001; MANDÚ, 2004). Nessa concepção, a rede de interações e significados a ela atribuídos é constituinte de identidades e construtora de saberes, sentidos e olhares sobre a saúde e o adoecer. Também nesta concepção, a subjetividade torna-se alvo de investimento e de transformação do cuidado (ZOBOLI, 2004).

O cuidado em saúde preconizado envolve a contínua reconstrução de significados a respeito de si, do outro e do mundo, incluindo também significados sobre saúde, doença, qualidade de vida e autonomia, o que torna necessária a criação de um espaço relacional que vá

além do saber-fazer científico/tecnológico. Isso permite o olhar para a pessoa além da doença que apresenta, considerando-se o conhecimento que ela possui sobre si mesma, sobre o adoecer e sobre a saúde, como focos essenciais na reconstrução conjunta de sentidos em direção a uma vida saudável em seus diversos aspectos (MANDÚ, 2004).

O encontro de subjetividades na relação entre o profissional de saúde e o paciente constitui um poderoso instrumento, capaz de contribuir para a emancipação dos envolvidos e de possibilitar uma participação mais ativa destes na produção da saúde (BARROS, 2002).

Com relação à formação e ao desenvolvimento profissional, entende-se que se faz imprescindível adotar de metodologias de ensino-aprendizagem que ultrapassem o saber técnico-científico oferecido pelas instituições formadoras, incluindo o desenvolvimento de habilidades para lidar com a dimensão subjetiva do ser humano: a do paciente, das comunidades, dos colegas de trabalho e a sua própria (BARROS, 2002).

No cuidado centrado, o assunto “segurança assistencial” é de suma relevância. As competências centrais que se destacam são: comunicação, ética, tomada de decisão, educação e desenvolvimento profissional. Destacando-se a importância de retomar os princípios básicos da relação profissional de saúde-paciente, para desenvolver o cuidado centrado no paciente. Apesar de muitos estudos apontarem as vantagens de incluir o cuidado centrado no paciente na prática clínica e, mesmo, reconhecendo-se sua importância, a adoção plena deste atributo ainda está longe de ocorrer (SANTOS *et al.*, 2010).

Estudo realizado em 2012 realizado pela *European Commission* destacou como os principais desafios para obter o envolvimento do paciente com o seu cuidado: demanda de mais tempo e atenção dos profissionais; e possibilidade de o paciente discordar abertamente do profissional ou tentar diagnosticar-se e tratar de si mesmo, fazendo escolhas inadequadas. Este estudo ressaltou que alguns pacientes, principalmente aqueles com doenças crônicas, precisam receber informações mais detalhadas sobre sua doença e tratamento, para se envolverem na tomada de decisão (EUROPEAN COMMISSION, 2012).

Berwick (2009) citou possíveis objeções dos profissionais com formação clássica, isto é, uma formação que não incluiu a abordagem do cuidado centrado no paciente, para implantar este tipo de abordagem nos serviços de saúde. Considerou a hipótese de o paciente escolher opções de tratamento incorretas, contrariando as recomendações e diretrizes da medicina baseada em evidências. Todavia, alertou que estes seriam casos de exceção. Portanto, não seria uma objeção justificável.

Habilidades, atitudes e conhecimentos são essenciais e estruturantes no processo de produção do cuidado em saúde, auxiliando no desafio constante de comunicar-se melhor e de

proporcionar um cuidado de qualidade, favorecendo a segurança do paciente e dos profissionais nos serviços de saúde, bem como a eficiência da assistência (MASSAROLI *et al.*, 2019). Assim, desenvolver competências é fornecer aos indivíduos a perspectiva, a autoridade e as habilidades necessárias para sustentar as diversas mudanças que enfrentarão. Em instituições em todo o mundo, existe a necessidade crescente de realmente desenvolver a competência para gerenciar mudanças e mudar a cultura organizacional.

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

3.1 Caracterização da pesquisa

O método de pesquisa adotado neste trabalho foi o estudo de caso, pelo fato de se examinar um acontecimento contemporâneo, sobre o qual não se pode manipular comportamentos (YIN, 2001). Para Yin (2001, p. 35), “o estudo de caso, como outras estratégias de pesquisa, representa uma maneira de se investigar um tópico empírico seguindo-se um conjunto de procedimentos” quando o objetivo é reunir informações detalhadas e sistemáticas sobre um fenômeno, enfatizando entendimentos contextuais.

A unidade de análise foram os pacientes e as equipes multidisciplinares do Hospital Gama, trata-se de um hospital de grande porte, sem fins lucrativos, que presta assistência médica ambulatorial e hospitalar a usuários credenciados por planos de saúde região metropolitana de Belo Horizonte.

O Hospital Gama, fundado em 2010, foi estruturado para atender a casos de média e alta complexidade, com a missão consolidar-se como referência em atendimento de urgência e emergência com eficiência, praticando assistência humanizada e resolutiva, com foco na segurança do cliente. Possui mais de 244 leitos de internação adulto, 40 leitos no centro de terapia intensiva adulto (30 de UTI – Unidade de Terapia Intensiva – e 10 de UCO – Unidade Coronariana), centro cirúrgico com 10 salas, pronto-socorro com 21 consultórios para casos clínicos e cirúrgicos e 34 leitos de observação, sendo 24 adultos e 4 de emergência, completo centro de radiologia e exames e um heliponto para a remoção de pacientes, quando necessário. A equipe é composta por cerca de 250 médicos atuantes e 1266 colaboradores (662 assistenciais, 226 administrativos, 137 laboratório e imagem, 256 terceiros).

Desde o início da operação de suas atividades o hospital Gama tem buscado melhor assistir seus pacientes, por meio de melhorias em sua estrutura e serviços. Em 2014, obteve a certificação ISO 9001:2008, cujo foco é a eficácia da qualidade para atender aos requisitos dos clientes. Em 2015, obteve a certificação ONA – Nível Pleno. O Serviço de Apoio ao Cliente (SAC) é um importante canal de comunicação com usuários e colaboradores, responsável por registrar reclamações, solicitações, elogios, esclarecimentos de dúvidas e outras demandas relativas aos serviços do Hospital, via atendimento telefônico, através de número interno, ou intranet.

A principal finalidade do estudo foi descrever as características do fenômeno estudado, que compreende a implantação do cuidado centrado no paciente no Hospital Gama e a

percepção dos profissionais de saúde e dos usuários sobre a prestação desse serviço, respeitando as características do modelo de atendimento.

3.2 Coleta de Dados

Para a coleta de dados, foram utilizadas técnicas qualitativas e quantitativas. Com abordagem interpretativa, uma vez o investigador vai procurar entender e compreender os significados que os indivíduos atribuem a suas ações e às dos outros.

Para alcançar o primeiro objetivo específico e, assim, descrever o processo de implantação do modelo cuidado centrado no paciente no Hospital Gama, realizaram-se entrevistas semiestruturadas com técnicos de enfermagem, enfermeiros, supervisores de enfermagem, coordenador médico, coordenador de enfermagem e médico com cinco ou mais anos de trabalho na instituição. A técnica de seleção foi aleatória e não probabilística, resultante da disponibilidade de participar do estudo. O critério de encerramento da coleta de dados foi o de saturação teórica, com término de inclusão de novos sujeitos quando os dados obtidos passaram a apresentar redundância, na avaliação do pesquisador, permitindo inferir a necessidade de dados relevantes para prosseguir com a coleta de dados (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Foram entrevistados 9 profissionais de saúde, no período de 1 de novembro a 27 dezembro. O Quadro 1 codifica os profissionais de saúde entrevistados.

Quadro 1 – Profissionais entrevistados

Codificação	Nível Hierárquico	Quantidade
TEC. 1	Técnica de enfermagem	2
TEC. 2		
SUPERV. ENF. 3	Supervisora de enfermagem	3
SUPERV. ENF. 4		
SUPERV. ENF. 5		
ENF. 6	Enfermeira	1
COORD. MED. 7	Coordenador Médico	1
COORD. ENF. 8	Coordenador Enfermagem	1
MED. 9	Médico	1

Fonte: Elaborada pela autora (2020).

O roteiro de entrevistas (Apêndice T) contemplou perguntas baseadas no modelo cuidado centrado, benefícios, desafios e dificuldades, sendo direcionado para obter informações que relacionaram algumas questões do questionário, na percepção dos sujeitos.

Para atender aos dois últimos objetivos da pesquisa, que são de analisar a capacidade da equipe profissional de prestar o cuidado centrado no paciente por meio da autoavaliação de suas competências e analisar o cuidado centrado na perspectiva do paciente, foram utilizados dois questionários estruturados com escala tipo Likert; um destinado aos pacientes (Apêndice A) e o outro aos profissionais de saúde (Apêndice B), os quais passaram pelo processo de tradução holandês-português, adaptação cultural, validação interna com o pré-teste, simplificação e validação final.

Os dois instrumentos derivaram de um estudo qualitativo (SCHOOT *et al.*, 2005a), realizado entre 2003 e 2005 e financiado pela Universidade Zuyd de Ciências Aplicadas da Holanda.

Os dois instrumentos derivaram de um estudo qualitativo (SCHOOT *et al.*, 2005a), na perspectiva dos pacientes e enfermeiros em relação ao cuidado centrado no paciente, realizado pelos pesquisadores Tineke Schoot, da *Zuyd University of Applied Sciences*, Luc De Witte, da *University of Sheffield*, Ruud Ter Meulen, da *University of Bristol/United Kingdom*, e Ireen M. Proot, da *Maastricht University*. O estudo foi realizado entre 2003 e 2005 e financiado pela *Zuyd University of Applied Sciences*.

O desenvolvimento do instrumento de medição Client-Centred Care Questionnaire (CCCQ), ou Questionário do Cuidado Centro no Cliente, foi desenvolvido pelos pesquisadores Luc De Witte, Tineke Schoot e Ireen M. Proot, com base em um estudo qualitativo, na perspectiva do cliente em atendimento domiciliar, cujo título é *Recognition of client values as a basis for tailored care: the view of Dutch expert patients and family caregivers* (Reconhecimento dos valores do cliente como base para um atendimento personalizado: a visão de pacientes holandeses especializados e cuidadores familiares) (SCHOOT *et al.*, 2005a). Os itens foram gerados a partir de citações de entrevistas de clientes do estudo, abrangendo seus principais valores em relação aos cuidados centrados no cliente. O instrumento visou medir o cuidado centrado no paciente em diferentes organizações, avaliando os efeitos de intervenções destinadas a melhorar a centralidade no cliente dos serviços de saúde (SCHOOT *et al.*, 2005a).

O instrumento Questionário Cuidado Centrado no Paciente tem uma versão em holandês (Anexo A) (WITTE; SCHOOT; PROO, 2006), baseado em estudo de Schoot *et al.* (2005a), traduzido para o inglês no estudo de Bosman *et al.* (2008). O instrumento tem por objetivo avaliar o cuidado centrado no paciente a partir de sua perspectiva. O questionário é curto e de

fácil compreensão, mesmo para pessoas de baixo nível educacional. Ele contém 15 itens direcionados ao paciente, envolvendo suas expectativas e valores. A maioria dos itens representativos apresenta um aspecto da demanda de cuidado, bem como um aspecto da relação de cuidado. Cada item é pontuado em uma escala Likert de 5 pontos, variando de 1 para “Discordo totalmente” e 5 para “Concordo totalmente”. O instrumento foi testado entre clientes de três agências de assistência de saúde no sul da Holanda, alcançando um total de 107 respondentes.

O desenvolvimento do instrumento de medição *Care in Dialogue Competence Scale* ou Cuidado no Diálogo – Escala de Competência (SCHOOT; PROOT; WITTE, 2006) foi baseado em uma pesquisa qualitativa (SCHOOT *et al.*, 2005a, 2005b,) na perspectiva das partes interessadas no atendimento orientado à demanda. Foram realizadas entrevistas abertas com cliente, gerentes de organizações de assistência médica, seguradoras e prestadores de assistência médica. O objetivo geral do instrumento era ter a perspectiva dos profissionais de saúde e pacientes sobre cuidados centrados no paciente e perspectiva sobre as competências desejadas de cuidados de saúde. O resultado da pesquisa qualitativa foi submetido a um comitê gestor e a um grupo de composto por representantes de várias instituições vinculadas à área de saúde. Com base nos resultados, foi construída a trajetória de aprendizado do cuidado, operacionalizada por competências em uma escala. A escala consiste em três conjuntos:

- a competência comunicação diz respeito ao processo de cuidado no diálogo, consistindo em 18 itens comportamentais;
- a competência gestão compartilhada q diz respeito ao apoio à participação do cliente, com 10 itens comportamentais;
- a competência proatividade envolve 8 itens comportamentais.

Cada item foi pontuado em uma escala Likert de 4 pontos, variando de 1 “Discordo totalmente” a 4 “Concordo totalmente”. O instrumento oferece oportunidades para reflexão e avaliação de competências sobre o cuidado centrado. O pré-teste foi realizado em 74 diferentes enfermeiros e cuidadores de quatro organizações de atendimento domiciliar do sul de Holanda. A seleção baseou-se na participação em reuniões de treinamento adicionais planejados (amostragem de conveniência) (SCHOOT *et al.*, 2005a, 2005b).

Na fase quantitativa desta pesquisa, a população-alvo constituiu-se de profissionais da saúde (equipe multidisciplinar) e clientes do hospital. O cálculo da amostra foi realizado de

acordo com as recomendações de Hair Junior (2009), indicando um tamanho mínimo da amostra cinco vezes maior que o número de itens a serem avaliados nos instrumentos.

Neste estudo, os critérios de inclusão abrangeram: pacientes adultos no dia da alta (ainda no hospital) e profissionais de saúde (equipe multidisciplinar) com mais de seis meses de contratação. Foram excluídos os profissionais que se recusaram a participar da pesquisa ou não estiveram presentes nos dias da aplicação e os pacientes em precaução de contato ou isolamento, assim como os pacientes readmitidos. A técnica de seleção foi aleatória e não probabilística, resultante da disponibilidade de participar do estudo. Foram entrevistados 143 pacientes no período de 1 de novembro a 27 dezembro. A amostra de profissionais foi composta de 148 profissionais de saúde, entrevistados no período de 1 de novembro a 27 dezembro.

3.3 Tradução e adaptação cultural das escalas

Neste item descrevem-se o processo de preparação das escalas cuidado centrado no paciente e cuidado no diálogo - escala de competências diálogo, que envolveu a tradução e a adaptação cultural.

A tradução e adaptação de instrumentos de pesquisa e/ou escalas de medida requer rigor metodológico, de forma que os valores refletidos por um instrumento e os significados de seus componentes se mantenham equivalentes entre uma cultura e outra (COMREY; LEE, 1992).

O pesquisador deve ficar atento às diferenças culturais das definições de palavras, crenças e comportamentos relacionados ao construto estudado. Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) propuseram uma orientação clara e de fácil utilização para a tradução, adaptação transcultural e validação de instrumentos ou escalas para a pesquisa em cuidados de saúde. A proposta incluiu os seguintes passos:

- 1) Tradução inicial por pelo menos dois tradutores bilíngues e biculturais (com experiência na cultura dos dois países);
- 2) Síntese I: comparação entre as duas traduções e a versão original por um terceiro tradutor bilíngue;
- 3) Painel de especialistas, em que as discrepâncias devem ser discutidas, para a obtenção de uma versão traduzida preliminar;
- 4) Retrotradução cega da versão preliminar por pelo menos dois tradutores cuja língua-mãe seja a mesma da versão original da escala ou tradução para a volta ao idioma original (*back-translation*);

- 5) Síntese II: compreende a comparação das duas versões retrotraduzidas com a original e a obtenção de uma versão pré - final da escala;
- 6) Aplicação do Teste piloto da versão pré-final, com uma amostra que pode variar de 10 a 40 sujeitos.

O termo *adaptação cultural* pressupõe a combinação de duas etapas interligadas: tradução do instrumento e a sua adaptação cultural; e verificação das propriedades psicométricas do novo instrumento e do estabelecimento de valores normativos para a nova versão em populações relevantes. O objetivo desse processo é assegurar a consistência entre a versão original e a versão traduzida do instrumento (BEATON *et al.*, 2000).

A importância da adaptação de instrumentos não se restringe apenas às situações que envolvem países e/ou idiomas distintos. Ajustes locais e regionais também requerem atenção. Destaca-se, também, que as adaptações culturais não se restringem ao espaço, uma vez que mudanças linguísticas acontecem em uma mesma população ao longo de anos. Logo, adaptações temporais são possíveis e, geralmente, necessárias (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) afirmam que em regiões com diferentes idiomas e culturas é preciso ir além da simples tradução, tornam-se necessário ajustar as versões ao contexto cultural, por vezes, modificando ou até excluindo algum item para manter um mesmo conceito.

O processo de validação do instrumento ocorre somente após o processo de adaptação cultural. Beaton *et al.* (2000) apontam a necessidade de avaliar sua confiabilidade e sua validade, para verificar se ele retém as características do instrumento original.

Para Polit, Beck e Hungler (2004), a validade de um instrumento é a demonstração de que a medição reflete, verdadeiramente, o conceito/construto que deve ser medido e a confiabilidade é a verificação se a medida produzida pelo instrumento produz os mesmos resultados quando submetido às medidas repetidas. De outro lado, para o caso de serem identificados instrumentos já desenvolvidos e consolidados fora da cultura em questão, é importante investigar se já passaram por um processo formal de adaptação cultural, para não incorrer no erro de utilizar instrumentos que não são válidos e confiáveis no cenário da saúde (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

É necessário usar instrumentos de aferição robustos e instrumentos universais que permitam sintonias transculturais, além de partir para a adaptação em contraposição ao desenvolvimento de um instrumento novo. Isso significa realizar a comparação de casuísticas

e estudos sobre o mesmo tema (EREMENCO; CELL; ARNOLD, 2005). Escalas, questionários, diretrizes e protocolos são utilizados em países diferentes daqueles de seu desenvolvimento, tornando-se necessário adotar mais do que uma simples tradução literal. Neste caso, além da tradução, devem-se realizar adaptações que envolvam a transformação linguística e cultural do instrumento original a ser empregado em outros países ou regiões de culturas e línguas diferentes, sem perder suas propriedades originais, mas adaptando a realidade no país ou região em questão (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON *et al.*, 2000).

3.4 Análise de dados

Os dados quantitativos provenientes dos questionários foram organizados e analisados pelo programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 20.0 e submetidos às análises estatísticas descritivas e inferenciais. Os dados quantitativos foram submetidos à análise estatística AVE (*Average Variance Extracted*).

Na sequência, avaliaram-se a qualidade global da mensuração, por meio da medida *alpha de Cronbach*, e a confiabilidade composta (medidas de confiabilidade), ambas obtidas por meio da análise fatorial confirmatória, tal como sugerem (FORNELL; LARCKER, 1981).

Para a análise qualitativa dos dados obtidos nas entrevistas semiestruturadas, foi empregada a análise de conteúdo, do tipo categorial temática, é considerada uma técnica para o tratamento de dados que visa identificar o que está sendo dito a respeito de determinado tema (FRANCO, 2005). Foram ser consideradas, a semântica da língua e também a interpretação do sentido que um indivíduo atribui às mensagens. A análise do conteúdo, em suas primeiras utilizações, assemelha-se muito ao processo de categorização e tabulação de respostas a questões abertas.

A análise e a interpretação dos conteúdos obtidos enquadram-se na condição dos passos (ou processos) a serem seguidos, considerando como os principais requisitos o contexto e o pano de fundo, no sentido de garantir a relevância dos resultados a serem divulgados, de preferência, socializados (FRANCO, 2005).

A criação de categorias é o ponto crucial da análise de conteúdo. Franco (2005, p. 57) define a categorização como “uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação seguida de um reagrupamento baseado em analogias, a partir de critérios definidos.”

As entrevistas produzidas por diferentes emissores (profissionais de saúde) foram gravadas e transcritas na íntegra, para proporcionar maior esclarecimento do conteúdo das mensagens. O tratamento dos dados passou por três estágios, resumidos, a seguir:

- Estágio 1: Pré-análise com realização de uma leitura flutuante das entrevistas transcritas. Esse contato com as falas dos participantes proporcionou uma imersão nas mensagens emitidas. Foram criados grupos definidos por cores, para otimizar os procedimentos de pré-análise, agrupamento e classificação das mensagens;
- Estágio 2: Definição das categorias e das subcategorias, ponto principal da análise de conteúdo. Para tanto, a pesquisadora foi guiada por seus conhecimentos, intuição e sensibilidade e vivência no ambiente hospitalar;
- Estágio 3: Discussão e interpretação dos resultados.

3.5 Aspectos éticos

A participação dos entrevistados no estudo foi voluntária e condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após receberem esclarecimentos quanto aos objetivos da pesquisa (Apêndice C, D, E), de acordo com as recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para a realização de pesquisas que envolvem seres humanos, vinculadas a Resolução 466/2012 (BRASIL, 2013). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob número CAAE: 15739119.0.0000.5149 e número do Parecer 3.444.608.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA ETAPA QUALITATIVA

Neste capítulo, procede-se à apresentação dos resultados e à discussão dos dados qualitativos coletados nas entrevistas com os profissionais de saúde. O objetivo foi descrever o processo de implantação do modelo cuidado centrado no paciente no Hospital Gama.

Foram convidados 15 profissionais, porém somente 9 profissionais foram entrevistados devido disponibilidade e interesse. Lembrando que os profissionais de saúde convidados tinham que ter cinco anos ou mais de trabalho na instituição. Todos receberam uma codificação, a fim de manter o anonimato: 2 técnicas de enfermagem (TEC. 1 e 2), 3 supervisoras de enfermagem (SUPERV. ENF. 3, 4 e 5), 1 enfermeira assistencial (ENF. 6), 1 coordenador médico (COORD. MED. 7), 1 coordenador geral de enfermagem (COORD. ENF. 8) e 1 médico (MED. 9).

Após a coleta, todas as entrevistas foram transcritas na íntegra e, depois de seguidas leituras, foram construídas as seguintes categorias temáticas: Etapas de implantação do modelo cuidado centrado; Competências para o cuidado centrado; Benefícios do modelo cuidado centrado; e Resistências e desafios

4.1 Etapas de implantação do modelo cuidado centrado

Em 2015, o Hospital Gama implantou a Gestão da Assistência por Resultados (GAR) e o *Primary Nursing* (Enfermeiro de Referência), que é um modelo que visa a realização de cuidados de enfermagem contínuos e individualizados, realizados por uma equipe fixa composta pelo enfermeiro de referência, enfermeiro associado e extensor (MARX, 2011).

Em 2016, foi implantado o Programa Selo de Excelência de Assistência Hospitalar, com objetivo de aprimorar os serviços prestados a seus clientes, alinhando os preceitos de identidade institucional com as seguintes diretrizes: foco no paciente; segurança e qualidade assistencial; trabalho em equipe; e melhoria na qualidade de sistemas, processos e gestão da informação. Essa avaliação do selo propunha as seguintes dimensões: segurança oferecida pela instituição aos pacientes atendidos; acesso do beneficiário ao serviço de forma efetiva, com equidade e em tempo oportuno para a obtenção do melhor resultado possível; experiência do cliente no atendimento e na prestação de cuidados; e certificação internacional avaliando o compromisso do prestador com a qualidade de padrões estabelecidos. Ainda no mesmo ano, foi implantado o *Diagnosis Related Groups* (DRG), em português, Grupos de Diagnósticos Relacionados. O DRG é uma plataforma de governança clínica capaz de transformar dados

assistenciais e econômicos em informações para aumentar a entrega de valor pelo sistema de saúde.

Quando cheguei, em 2015, não era muito claro para esse hospital o desenho da equipe multiprofissional, em especial da equipe de enfermagem. Tínhamos quatro coordenações, cada uma com a responsabilidade técnica fragmentada. Então, a gente tinha um modelo extremamente fragmentado dentro do hospital. Eu comecei a estruturar e fazer um desenho que a gente tem hoje, que é separar os pacientes por grau de complexidade. Apresentei para a diretoria um modelo que chamei de GAR, Gestão da Assistência por Resultados, levantando todos os problemas de potencialidades que o hospital tinha e como que a gente deveria reorganizar o organograma da assistência (COORD. ENF. 8).

A gente redefiniu o modelo assistencial. A gente trouxe um conceito de *Primary Nursing*, que é o de enfermeiro de referência do paciente, assim como ele tem médico de referência, já que o modelo que a gente tinha institucionalizado era um muito ultrapassado. O nosso modelo hoje tem toda uma base conceitual. Ele tem referenciais de *Primary Nursing*, gerenciamento de casos e prática compartilhada (COORD. ENF. 8).

Desde 2016, a gente começou com indicadores relacionados ao DRG, ou Grupos de Diagnósticos Relacionados, e a utilização desta ferramenta de medida de resultado assistencial. Em 2018, o pilar foi a introdução no nosso dia a dia do DRG. Eu vim conhecer essa metodologia aqui dentro. A gente estudou muito. A metodologia DRG é de cunho econômico e financeiro, mas que foi adaptada no Brasil através do IAG (Instituto de Acreditação e Gestão em Saúde). A plataforma DRG Brasil foi adaptada para medidas de resultados assistenciais (COORD. ENF. 8).

Em 2018, redefiniu-se o mapa estratégico, colocando o cliente no centro do negócio e investindo em sua experiência, como forma de impactar o crescimento sustentável. Ações foram desenvolvidas buscando o aperfeiçoamento dos processos, com foco na evolução e consolidação de uma cultura de cuidado, integrando as diversas ações e práticas gerenciais a partir da perspectiva do cliente. E em outubro de 2019, a Medicina interna, deu início ao Planejamento Estratégico do Corpo Clínico, visando garantir uma melhor medicina, com eficiência no atendimento de acordo com os objetivos estratégicos. Os objetivos principais destas ferramentas de gestão foram: melhorar a experiência do cliente; diminuir a permanência além do necessário; prevenir eventos adversos; diminuir internações e reinternações potencialmente evitáveis; e garantir o uso de protocolos estabelecidos. Gradualmente, as ferramentas de gestão foram implantadas dando sustentação ao modelo de cuidado centrado no paciente.

O modelo hoje praticado no hospital é um modelo centrado no paciente que ainda está caminhando, ainda está no início. É lógico que várias mudanças estão ocorrendo: mudanças no modelo médico, mudanças no modelo de enfermagem... Estão iniciando uma trilha. Isso promove melhorias de processos para a equipe multi e o paciente (ENF. 6).

Quando eu entrei, ainda não existia esse movimento de cuidado centrado no paciente. Esse movimento, ele tem começado no último ano. Um ano e meio para cá, a gente fazia o cuidado centralizado na doença, e não no paciente. Esse movimento do cuidado centrado no paciente chegou de forma mais tímida, ganhando espaço pela equipe multiprofissional, pela equipe de enfermagem, inculcido e trazido muito pelas nossas lideranças. Nós fomos envolvidas mesmo pelo nosso gestor e isso foi desdobrado na ponta, na área da enfermagem (SUPERV. ENF. 4).

Conforme Malta e Merhy (2003), a reorganização do processo de trabalho passa pela qualificação da força trabalho dos profissionais e pela integração da assistência, resgatando o sentido do trabalho multiprofissional e qualificando o produto final. Outro passo fundamental consiste na ampliação de espaços democráticos de discussão e de decisão, visando ampliar os a escuta, as trocas e as decisões coletivas. Ainda segundo os autores, esse movimento visa criar formatos do trabalho em saúde e nova cultura organizacional, que devem se pautar pela necessidade de responder ao sofrimento dos clientes, buscando articular novas forma de prestação de assistência que possa lhes dar proteção ou a resolução de seus problemas. Isso implica implantar serviços acolhedores e que respondam os problemas dos clientes. Para que um modelo de assistência possa romper essa situação, deve se referenciar nos pressupostos de garantia do acesso e do acolhimento aos clientes, responsabilização, vínculo e integralidade na assistência (MALTA; MERHY, 2003).

Hoje a gente não olha o indivíduo e trata a doença. A gente cuida do indivíduo na sua totalidade, na sua integralidade, pensando ao máximo no que a gente pode acrescentar e agregar ao tratamento dele. E com isso a gente consegue contribuir para uma alta mais segura, para uma desospitalização mais eficiente (SUPERV. ENF. 4).

Eu passei por uma evolução gigante em relação ao foco, que agora está no paciente. Existe um médico à disposição do paciente durante as 12 horas de plantão. A equipe toda está inteirada sobre o que está acontecendo com aquele paciente, com o que é importante para ele. Não somente na enfermagem, na equipe administrativa também, e a equipe médica agora está engajada para fazer isso acontecer (SUPERV. ENF. 5).

A estratégia da produção do cuidado traz o paciente ao centro. Ou seja, passa-se a considerar que as pessoas são muito mais do que doenças e que elas têm o direito de participar do processo do seu cuidado.

4.2 Competências para o cuidado centrado

A implantação do modelo cuidado centrado ainda enfrenta grandes desafios. Um deles refere-se ao desenvolvimento de competências para a prática de um cuidado mais humano e holístico.

A gente tinha uma prática não tão organizada, que não fazia tanto vínculo com o paciente e com a família. Com essas mudanças gerenciais, mudanças no modelo de enfermagem, mudança na escala, mudança no modelo de trabalho, a gente percebe que esse cuidado dele, mais voltado para paciente e familiares, foi um longo período aí de mudanças recorrentes (ENF. 6).

Antigamente visava-se muito mais à redução dos custos do que ter mesmo a preocupação da satisfação do cliente, de encantar o cliente. Hoje se busca isso, além de um cuidado humanizado, com o foco na segurança, com transparência e respeito. Os eventos adversos, hoje a gente compartilha com a família o que que aconteceu, o que vai ser feito daqui para frente, para que isso não aconteça novamente. Isso é mostrar para o cliente que a gente o respeita (SUPERV. ENF. 3).

O coordenador de enfermagem apresentou para gente esse modelo, fez treinamentos. Uma vez, eu fiz uma reunião com as minhas enfermeiras e propus isso para elas também, delas buscarem e trazerem um artigo sobre cuidado centrado no paciente. Porque até então ninguém ouvia falar do cuidado centrado no paciente. Mas o que que é isso? Então, a gente já consegue fazer essas discussões duas vezes por semana lá no setor (SUPERV. ENF. 4).

Tenho conhecimento das mudanças com relação ao cuidado e acho importante a evolução. Apesar de ter me formado com a visão do modelo biomédico, não fui treinado ou orientado para este modelo voltado para o cuidado centrado. Pelo contrário, fui cobrado, mas não foi treinado (MED. 9).

São necessárias ações educativas em nível hospitalar que tenham como base as experiências de ensino-aprendizagem e ações de saúde para a produção do cuidado. O profissional de saúde precisa desenvolver iniciativa e apresentar disponibilidade para desenvolver competências que propiciem uma assistência mais humanizada (FERREIRA; KURCGANT, 2009). A necessidade de qualificação e desenvolvimento de competências dos profissionais aparece na fala do coordenador de enfermagem e a técnica de enfermagem apontou algumas ações que são realizadas voltadas para o desenvolvimento do profissional.

A gente ainda tem um caminho longo pela frente, o que eu acho que a gente tem hoje, que a gente tem conseguido são pessoas com a disposição necessária, mas ainda carentes de desenvolvimento e capacitação neste tipo de modelagem, nessa forma de se trabalhar com o cuidado centrado no paciente (COORD. ENF. 8).

A gente é treinado a todo momento aqui, além de ser treinado online pelos cursos EAD, a gente também é treinado pela nossa liderança, a gente é comunicado, tudo material novo que entra, então assim a liderança sempre dá esses cursos, dá esse feedback para a gente e visando a melhoria da assistência ao paciente (TEC. 1).

Em geral, os cursos de capacitação são mais focados nas equipes de enfermagem, mas o que preconiza o modelo centrado no paciente é que todos os funcionários sejam treinados, desde a equipe de saúde até os serviços administrativos (COSCRATO; BUENO, 2010). Assim, a humanização estaria associada de modo íntimo à qualidade da comunicação e das relações estabelecidas entre os profissionais. Essas relações poderiam ser aprimoradas ao se criarem

espaços coletivos nas instituições que proporcionem o encontro e a reflexão, incorporando a comunicação às práticas clínicas, para que o fazer em ato e para que as práticas da humanização não sejam banalizadas (COSCRATO; BUENO, 2010).

Nós precisando ter mecanismos de sentar na frente do paciente dividir com o paciente as possibilidades terapêuticas que nós temos, dividir com ele e com a família as limitações terapêuticas que a gente tem, para que a gente possa construir sempre em conjunto, eu acho que a grande virada que a gente precisa ter é exatamente reconhecer que o cuidado centrado se faz junto, não mais com um grupo de profissionais que detém o saber e uma população que é submissa (COORD. ENF. 8).

De acordo com Vieira *et al.* (2015), as competências exigidas do indivíduo para a área da saúde se apresentam como: saber agir, mobilizar, transferir conhecimentos para resolver situações práticas, aprender constantemente e engajar-se em resposta às exigências e necessidades de cada área de atuação, visando atender às necessidades de assistência.

Dentre as competências mais importantes para o sucesso do modelo centrado está a comunicação, destacando-se sua complexidade e caráter dinâmico. Parte dos objetivos que norteiam as instituições hospitalares é alcançada por intermédio da equipe multiprofissional (COSTA, 1978). Estudos apontam que falhas no trabalho em equipe e na comunicação entre os profissionais de saúde têm sido um dos principais fatores que contribuem para os erros, eventos adversos e, conseqüentemente, diminuição da qualidade dos cuidados (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015). Por conseguinte, a maneira como ocorre a comunicação entre os profissionais tem sido apontada por pesquisadores como fundamental para um cuidado de saúde seguro (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

Ao se comunicar, o ser humano tem uma expectativa em relação a esse processo. Essa expectativa é sobre como será dada a resposta pelo receptor. Isso em relação à fonte. Mas o receptor também tem sua expectativa em relação à fonte sobre o tipo de mensagem que essa fonte irá produzir e se ele poderá tirar algum proveito dessa relação (mensagem). Essa relação existe porque se criam expectativas que influenciam as ações antes mesmo de executá-las. Ou seja, espera que o receptor tenha a capacidade, ou pelo menos tente assimilar corretamente a mensagem transmitida (BROCA; FERREIRA, 2012).

A duas técnicas de enfermagem apontaram a comunicação assertiva como fator importante no cuidado centrado, sendo necessário repetir determinada informação até que o paciente compreenda tudo, mesmo que às vezes ele apresente certa intolerância e desconfiança. Para se aproximar do paciente, é preciso deixar exercitar a escuta ativa e, assim, estabelecer uma relação de confiança.

[...] a gente dá bom dia, deixa o paciente falar, e escuta atentamente para atender as necessidades e para dar uma assistência qualificada (TEC. 1).

Então a gente escuta com atenção e procura se comunicar claramente, prestando atenção não só na doença, mas principalmente na pessoa que está na nossa frente. Tem paciente que conta sua história, que mora longe, fala sobre suas condições sociais de manter o cuidado com a saúde em casa e conta até coisas de infância que aprendeu (TEC. 1).

De acordo com Gabbay, Faleck e Tartuce (2014), a escuta ativa é uma das técnicas mais utilizadas durante a medição e uma das ferramentas mais importantes na comunicação. Consiste em escutar atentamente o interlocutor, não só com os ouvidos, mas com todos os sentidos em alerta. Ao ouvir um discurso sobre um problema, é preciso focar atentamente no interlocutor e buscar compreender realmente o que está sendo dito, quais são suas intenções e as preocupações e os anseios contidos no discurso que se ouve. Durante a fala, atentar para todas as expressões corporais e reações que a linguagem corporal pode trazer (GABBAY; FALECK; TARTUCE, 2014).

A escuta ativa é uma das habilidades mais importantes da inteligência emocional e se conecta de forma direta com a empatia de poder olhar nos olhos do outro, e não deixar que suas experiências e histórias de vida promovam julgamentos de seu interlocutor durante o discurso. Escutar de forma ativa, em síntese, significa atender com respeito à outra pessoa, escutando-a com todos os sentidos focados no discurso (GABBAY; FALECK; TARTUCE, 2014).

É importante ressaltar que o técnico de enfermagem é o profissional que tem mais contato com o paciente durante o período da internação, devido à rotina de trabalho assistencial, necessitando emitir a mensagem e se fazer entender. A comunicação, portanto, é uma via de mão dupla. Ou seja, é necessário que haja resposta e validação da troca de mensagens ocorrida (BROCA; FERREIRA, 2012).

Porque a gente conversa com paciente e explica para ele o que você está fazendo, o que você já fez, e ele não entende. Às vezes, alguns brigam, acham que você está fazendo alguma coisa que está errada (TEC. 1).

[...] a gente melhora a cortesia, deixa o paciente falar, tenta melhorar a comunicação. A gente pergunta o que ele quer. A gente dá essa liberdade ao paciente e foi treinada e qualificada para esse tipo de assistência (TEC. 2).

Ser compreendido ou compreender o outro, isso significa apreender o significado de um símbolo, a força de um argumento, o valor de uma ação (BROCA; FERREIRA, 2012). E essa ação pode ser compreendida como comunicação; ou seja, entender corretamente o que está sendo posto pela fonte e pelo receptor e ter a capacidade de tornar as mensagens mais claras e

explícitas, diminuindo a possibilidade de realizar uma tradução e interpretação sobre o juízo da pessoa atribuído a esse processo (BARLEM *et al.*, 2008).

Alguns fatores têm sido considerados cruciais para o desenvolvimento da comunicação efetiva entre os membros da equipe de assistência à saúde, tais como: contato dos olhos, escuta ativa, confirmação da compreensão da mensagem, liderança clara, envolvimento de todos os membros da equipe e discussões saudáveis de informações pertinentes (NOGUEIRA; RODRIGUES, 2015).

É preciso, ainda, haver uma entrega de si quando se participa de um processo comunicativo, para que se tenha a possibilidade de entender os motivos, os sentimentos, as angústias, os significados e as particularidades de cada indivíduo envolvido. Quando alguém vivencia a mesma situação que o outro, colocando-se no lugar dele, a compreensão se torna mais fácil. A partir daí, é possível construir trocas solidárias, com o objetivo de produzir saúde e sujeitos (BARLEM *et al.*, 2008).

Outro elemento importante na comunicação interpessoal é a empatia, que possibilita um contato mais próximo entre os interlocutores, transformando a maneira de se relacionar, porque ela cria uma conexão verdadeira entre as pessoas e gera confiança no relacionamento, o que possibilita ganhos para as organizações (RODRIGUES; PORTELA; MALIK, 2019). Mesmo tendo grande importância, a empatia na comunicação do cuidado centrado do paciente foi mencionada apenas por uma supervisora de enfermagem:

E hoje a gente trabalha com o foco do cliente, não mais o foco no cliente, se colocar no lugar do cliente, né. O cliente tem sempre razão, mesmo que não esteja certo, mas a equipe multidisciplinar toda se coloca no lugar dele e planeja as coisas como se fosse mesmo paciente, como eu gostaria de ser tratado nesse momento, como que aquele paciente gostaria de ser tratado. Então, a gente planeja o cuidado todo voltado mesmo na visão do paciente (SUPERV. ENF. 5).

Os elementos centrais da comunicação centrada no paciente, portanto, incluem: reconhecer e compreender as perspectivas do paciente em suas preocupações, ideias, expectativas, necessidades, sentimentos e funcionamento; entender o paciente em seus contextos psicossocial e cultural únicos; e alcançar um entendimento compartilhado dos problemas do paciente e dos tratamentos que estão de acordo com os valores do paciente (EPSTEIN; STREET JUNIOR, 2007; LEITE; CAPRARA; COELHO FILHO, 2007).

Esse desafio de desenvolver habilidades de comunicação se traduz na capacidade do profissional de ser mais assertivo em suas intenções terapêuticas. O primeiro passo é substituir a tradicional relação distanciada, aparentemente neutra e livre de afetos com o paciente, por

níveis mais profundos de acolhimento e vínculo com as famílias. A relação se torna mais humanizada e horizontal por meio de falas, perguntas, posturas e gestos capazes de gerar empatia e acolhimento, minimizando os lugares de poder historicamente instituídos no relacionamento entre profissionais de saúde e pacientes (THE HEALTH FOUNDATION, 2013).

De maneira geral, os entrevistados afirmam que a boa relação com a família, os pacientes e os profissionais de saúde permite que a equipe tenha uma comunicação efetiva, tomadas de decisões mais assertivas e um convívio mais harmonioso.

É primordial inserir a família nesse contexto do cuidado com o paciente, na proximidade com esse paciente, para que essa família também seja capacitada nesse cuidado e que todos estejam mais por dentro da história daquele paciente, por dentro do tratamento, por dentro das condutas, tanto a família quanto o paciente (ENF. 6).

Este processo, em que o conhecimento técnico e o atendimento são direcionado juntos, é melhor para paciente. Eu acho que assim ele só pode ser positivo. A gente vê o foco do paciente, dos familiares, das pessoas que estão do lado e e de nós também, equipe multiprofissional (COORD. MED. 8).

A importância do diálogo com a família se destaca nas falas, pois é por meio dele que se cria uma aproximação entre as pessoas e se inicia um contato mais próximo, uma relação de integração de culturas (PINHEIRO; MATTOS, 2005). Uma relação de comunicação assertiva e eficiente entre todos os membros da equipe multidisciplinar e o engajamento contribui para que as inter-relações profissionais estabelecidas no trabalho favoreçam uma assistência humanizada. Para que o processo de humanização seja efetivo e transformador, é imprescindível estreitar os laços de comunicação, de forma a desvendar e respeitar o ser profissional, favorecendo, assim, a compreensão contínua da realidade do paciente e do trabalhador (CECÍLIO, 2001).

Outra competência destacada é a relevância do trabalho em equipe, ressaltando na noção de que o trabalho em equipe favorece uma atenção integral ao paciente e seus familiares.

A gente não consegue andar sozinho. Às vezes, um paciente acamado precisa da área da fisioterapia. Então, a gente tá trabalhando sempre em conjunto para a melhora do cliente (TEC. 1).

Cuidado centrado é toda equipe multidisciplinar com foco nas necessidades do paciente, toda equipe em prol do que aquele paciente vai necessitar, desde a entrada dele, não só até a saída, mas a continuidade da vida desse paciente fora daqui (SUPERV. ENF. 3).

Porque não adianta só a enfermagem estar envolvida. É importante que a equipe como um todo esteja olhando o paciente de forma multidisciplinar e acrescentando ao tratamento dele. A gente aumentou a interação entre os membros da equipe multiprofissional, e isso reflete diretamente no paciente, porque nas discussões que a gente faz a gente consegue implementar medidas mais eficientes. As pessoas conseguem ter resultados melhores porque a orientação que a gente consegue construir em conjunto é um plano de cuidados mais robusto. Então, a gente não tem esse olhar fragmentado (SUPERV. ENF. 4).

A relação com os membros da equipe multi é uma relação muito boa. Me reúno para discutir casos... (MED. 9).

A forma da gente chegar ao cuidado centrado no paciente é um trabalho em equipe. É todo mundo focado realmente no que a gente tem que fazer da melhor forma. O foco realmente, é o paciente, é trazer o melhor possível para ele em todos os sentidos, não é só o melhor remédio, pelo tempo adequado, com cuidado integral e atenção, com olhar, e não é só médico. O médico, ele é parte do processo (COOR. MED. 7).

Para Pinheiro e Mattos (2001), a prestação de atenção integral dos serviços oferecidos aos pacientes é fundamental para prevenir problemas, possibilitando encontrar melhores soluções para as enfermidades já observadas. Ainda segundo os autores, na coordenação da transferência do cuidado também é necessário o envolvimento da equipe de profissionais, dos pacientes e de seus familiares ou responsáveis, é fundamental o adequado entendimento entre as partes no processo terapêutico, monitorando constantemente sua efetividade e incentivando a promoção da saúde e o acompanhamento da transição do cuidado realizado.

O paciente, os familiares ou responsáveis e os profissionais envolvidos na transição do cuidado devem interagir de maneira que a comunicação e a informação sejam seguras para todos. O implemento efetivo do processo de transição do cuidado de forma sistematizada contribui para sua continuidade, evitando omissão, erros ou duplicidade nas informações das recomendações do tratamento (SAYD, 2002).

Em síntese, para o desenvolvimento do cuidado centrado no paciente, é necessário contar com profissionais preparados e engajados. Conforme Gabrielli (2004), na contemporaneidade, as competências mais almejadas são aquelas que abordam a necessidade de atentar para o paciente em sua integralidade possibilitando sua participação no próprio cuidado. Essas competências tratam da incorporação no plano de cuidados do paciente, de seus desejos, crenças e história e da avaliação da adesão ao tratamento recomendado. Estes são os requisitos básicos para uma boa produção do cuidado e do desempenho nos processos, uma vez que se vive a era da informação, do conhecimento e da experiência do cliente, em que a busca de padrões de excelência é constante. Esta noção de competência possibilita o desenvolvimento de profissionais de saúde pensantes, capazes de reflexão/ação crítica, de opção pela postura de

sujeitos construtores do conhecimento e sensibilidade na prática profissional, relacionamentos interpessoais nos diversos âmbitos e serviços de saúde (GABRIELLI, 2004).

4.3 Benefícios do modelo cuidado centrado

Dentre os benefícios trazidos pelas mudanças na organização do trabalho com a implantação do modelo de cuidado centrado, cita-se a melhoria dos relacionamentos. A maioria dos respondentes afirmou que a aproximação entre os membros da equipe favoreceu o processo de trabalho, facilitando a elaboração dos planos de cuidados e, conseqüentemente, o tratamento do paciente e o relacionamento com os familiares.

Com essas mudanças, também a gente ficou muito mais próximo da equipe multiprofissional, tanto dos nutrólogos, das nutricionistas e da fisioterapia. Então, é um trabalho mesmo em equipe (ENF. 6).

A relação do profissional mudou na comunicação, compartilhamento de conhecimento, de tentar entender o lado do paciente, o desejo (SUPERV. ENF. 4).

Tem alguns médicos que participam do plano de cuidado. Em conjunto, explicam e discutem também, mas ainda não são todos. Esse movimento médico, ele ainda é um pouco tímido, mas esse movimento ele está acontecendo no corpo clínico, mas de uma forma um pouco mais tímida quando comparado com outros profissionais da equipe multiprofissional (SUPERV. ENF. 4).

Considerando que os profissionais de saúde são pessoas e que as organizações de saúde e os sistemas são feitos de pessoas, suas necessidades também devem ser consideradas. Eles devem ter poderes para mudar o sistema para melhor. Isto é, uma abordagem centrada nas pessoas envolve uma análise equilibrada dos direitos e necessidades, bem como as responsabilidades e capacidades de todos os integrantes e das partes interessadas do sistema de cuidados de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

De acordo com Fox (1997), o modelo biomédico é dominante e tem como referencial a doença. Os médicos apresentam dificuldades em lidar com pessoas que não têm doenças orgânicas. Embora a cura seja um objeto apropriado para a medicina, ele é incompleto, pois não considera a promoção da saúde, a prevenção de enfermidades e lesões, a restauração de capacidade funcional, a prevenção de morte prematura, o alívio de sofrimento e o cuidado com aqueles que não podem ser curados (FOX, 1997).

Porém, com a chegada do modelo do cuidado centrado, a valorização da relação profissional-paciente passou a ter especial importância no processo de adesão ao tratamento, pois a falta de acolhimento e a desvalorização de aspectos emocionais podem conduzir o

paciente ao abandono ou à rejeição ao tratamento e favorecer a busca de caminhos alternativos que ofereçam maior receptividade e compreensão (MARTINS, 2003). A evolução do cuidado e as vantagens que o modelo traz, são perceptíveis.

Eu só vejo vantagens no cuidado centrado, porque a gente não tem que fazer um número de procedimentos, ou atendimentos que a gente faz no modelo tradicional, mas a gente trabalha mais com qualidade e isso diminui o nosso estresse, diminui o estresse médico e família (COOR. MED. 7).

Tenho conhecimento das mudanças com relação ao cuidado e acho importante a evolução, apesar de ter me formado com a visão do modelo biomédico (MED. 9).

O fortalecimento da relação de profissional paciente é motivador de mudanças no comportamento, atitude e autoestima de uma técnica de enfermagem, o que pode acontecer não só com alguns profissionais, mas também com toda a equipe multiprofissional no decorrer da implantação do novo modelo e mudança de cultural.

Eu não tinha muitos elogios, mas agora que você conversa e aproxima mais e conhece o paciente, dá mais atenção para o acompanhante. Eles te elogiam, e eu não estava acostumada com isso. Minha autoestima aumentou. Percebi que faço a diferença para alguém, que sou importante na vida de alguém. Ser reconhecida pelo meu trabalho saber é revigorante (TEC. 2).

Trabalhar é uma atividade que exige diariamente boa saúde emocional. Para garantir bons resultados, é fundamental manter o equilíbrio das emoções. Quem possui autoestima elevada acredita em sua capacidade e, assim, produz mais resultados tanto na vida pessoal quanto na profissional. A autoestima elevada faz com que a pessoa reconheça suas qualificações e se sinta apta para trabalhar em qualquer lugar. Para o profissional de saúde, é essencial manter a autoestima alta e ter motivação. A recuperação de pacientes internados pode refletir no estado de espírito de quem cuida deles (SANTOS *et al.*, 2017).

Os melhores desfechos são identificados quando há aumento do engajamento e parceria do paciente e da família em suas experiências de cuidados em saúde. Explicações fisiopatológicas e prescrição médica, por si sós, não garantem o seguimento da orientação terapêutica. Porém, a exploração das ideias e expectativas do paciente aumentam a adesão ao tratamento e a relação com a equipe multiprofissional (STEWART *et al.*, 2010).

De acordo com Stewart *et al.* (2010), o cuidado centrado na paciente/pessoa resulta nos seguintes benefícios:

- maior satisfação das pessoas e médicos;
- melhora na aderência aos tratamentos;
- redução de sintomas;
- redução de preocupações e ansiedade;
- diminuição na utilização dos serviços de saúde;
- diminuição das queixas por má-prática;
- melhora na saúde mental;
- melhora na situação fisiológica e na recuperação de problemas recorrentes.

Todos os entrevistados relataram que observaram melhorias tanto para o paciente quanto para a equipe multiprofissional, pois a participação ativa dos pacientes os torna mais aderentes ao tratamento e mais satisfeitos com os cuidados. Os profissionais de saúde, por sua vez, sentem-se gratificados com o aumento do senso de integração e de melhoria no relacionamento com os pacientes.

A relação do profissional com o paciente melhorou muito. Ajudou muito essa maior proximidade, esse melhor entendimento, para tentar oferecer não aquilo que a gente acha que ele precisa, mas sim o que ele realmente precisa, aquilo que família traz para a gente. Aquilo que não foi dito, mas que a gente consegue identificar, possibilita proximidade e melhor vínculo entre profissional e paciente. Além disso, essa mudança também é na relação entre os membros das equipes, uma vez que eles passam a conversar mais, a discutir os casos e mostrar o que aquele profissional pode oferecer, o que aquele profissional pode acrescentar naquele caso do paciente, no tratamento do paciente (ENF. 6).

O cuidado centrado mostra para equipe que ele tem que atender aquele paciente, aquele cliente, como se fosse um parente, como se fosse ele mesmo, como eu gostaria de ser tratado, e dar um retorno para o cliente, atender o cliente com sorriso no rosto, fazer com que ele sinta o sentimento de ter sido cuidado naquele hospital (SUPERV. ENF. 5).

Todas as mudanças nesse nosso modelo de trabalho, nas discussões multidisciplinares são feitas com base nas individualidades dos pacientes, para que a gente possa dar o melhor cuidado, oferecer o cuidado que aquele paciente precisa, para não ser um cuidado igual para todo mundo, porque a gente faz um cuidado individualizado (MED. 9).

O benefício do cuidado centrado no paciente é justamente essa possibilidade de oferecer o melhor tratamento baseado na necessidade daquele paciente, daquela família. O cuidado centrado possibilita que a gente possa oferecer realmente o que aquele paciente precisa, o que aquela família tá precisando (ENF. 6).

Eu só vejo vantagens no cuidado centrado, porque a gente não tem que fazer um número de procedimentos ou atendimentos que a gente faz no modelo tradicional, mas a gente trabalha mais com qualidade, e isso diminui o nosso estresse, diminui o estresse médico e família (COORD. MED. 7).

Segundo Malta e Merhy (2003), se o trabalhador não se sente sujeito ativo no processo de reabilitação, ele perderá contato com elementos que potencialmente estimulam sua criatividade, não se responsabilizando pelo objetivo final de sua intervenção. Para reverter este quadro, deve-se aproximar o trabalhador do resultado do seu trabalho, valorizar o seu orgulho profissional pelo esforço singular de cada caso. É fundamental abrir espaço para a liberdade criadora, para a autonomia profissional, bem como para a reinvenção de novas maneiras cotidianas de operar a instituição ou seu local de trabalho. Para assegurar a qualidade em saúde, faz-se necessário combinar a autonomia profissional com certo grau de definição de responsabilidade dos trabalhadores com os pacientes, assim como estabelecer de um pacto em torno de um projeto coletivo. A recuperação da prática clínica assentada no vínculo ou na responsabilização com o paciente é a forma de combinar autonomia e responsabilidade profissional.

4.4 Resistências e desafios

De modo geral, os entrevistados ressaltaram a presença de resistência entre os profissionais da área em adotar novas práticas assistenciais e incorporar novas tecnologias, porque não acreditam que as mudanças irão resultar em melhorias e têm a percepção de que sua autonomia está em risco.

Então, não é fácil. Eu acho que lidar com a resistência profissional, nesse sentido de fazer uma assistência mais centrada nas necessidades do paciente, dividindo as informações, dialogando mais, nas individualidades do paciente, vai ser mais difícil (ENF. 6).

A gente sempre quer mais. Estamos em um momento de transição. E para ampliar para todo hospital, é desbravador, pois temos que sair da mentalidade do modelo tradicional. E a gente está tendo muita resistência. Eu acho que é porque é uma quebra da tradição, uma coisa nova e que as pessoas têm medo. A gente tem uma evolução do ser humano mesmo. As coisas vão mudar. Querendo ou não, elas estão mudando. A tecnologia está mudando. O jeito que a gente trabalha não é mais o mesmo. Se a gente usava muito estetoscópio, a gente agora usa ultrassom. Os processos são mutáveis. Assim, eu acho que tem que desapegar. Tivemos momentos de muito confronto, inclusive com a exclusão de membros do corpo clínico, criando inimizade (COORD. MED. 7).

O cuidado centrado, realmente, vem acontecendo, sim, em constante evolução, porque não tem como mudar uma coisa que era rotina de muitos anos de uma hora para outra. Tem muita pessoa antiga que tem dificuldade de adaptação. Eu mesmo sou mais velha e tenho um pouco de dificuldade, mas eu sei que essas mudanças são para melhorar, né, tanto para nós, quanto para os clientes, que o nosso foco é o paciente (TEC. 1).

E eu acho que a maior resistência que a gente tem é lidar com o médico cooperado, por ele não estar no centro do planejamento estratégico, porque ele compartilha esse espaço com os clientes e colaboradores (SUPERV. ENF. 3).

Aqueles colaboradores mas com mais tempo de experiência é difícil a gente desconstruir um modelo que era praticado, o que foi praticado a vida toda, o modelo biomédico. Então, é difícil a gente desconstruir toda uma crença de valores, toda uma prática que, infelizmente, alguns profissionais acreditam fielmente que dá certo (SUPERV. ENF. 4).

Uma mudança dentro de uma empresa nasce para suprir uma necessidade, seja ela de uma nova tecnologia, de um novo tipo de comportamento, de uma nova metodologia de trabalho. Na maioria das vezes essa mudança, de modo geral, não agrada muito os funcionários por ela envolvidos. Há sempre aquela percepção de que o seu espaço na organização está ameaçado, gerando uma resistência à mudança (TEBOUL, 1991). Enfermeiros, técnicos e médicos ressaltaram que, existe resistência de profissionais da área em adotar práticas de cuidado diferentes das tradicionais e de incorporação a novas tecnologias. Eles demonstram dificuldade de adaptação as mudanças, devido aos anos de experiência, apego ao modelo biomédico ou dificuldade na comunicação.

Quando ocorreu a implantação de novos sistemas houve uma resistência dos técnicos por não conseguirem mexer no computador, mas agora eu percebo que eles estão se adaptando e achando muito melhor (TEC. 1).

Então não é fácil, eu acho que lidar com a resistência profissional, nesse sentido de fazer uma assistência mais centrada nas necessidades do paciente, dividindo as informações, dialogando mais as individualidades do paciente, vai ser mais difícil de incorporar no dia a dia (ENF. 6).

A gente sempre quer mais, estamos em um momento de transição e para ampliar para todo hospital é desbravador pois, temos que sair da mentalidade do modelo tradicional. E a gente está tendo muita resistência, eu acho, porque é uma quebra da tradição uma coisa nova e que as pessoas tem medo, e é engraçado porque a pessoa tem tanto apego com o que ela tem aqui, e ir para o novo e não tem jeito (COORD. MED. 7).

O cuidado centrado realmente, vem acontecendo sim, em constante evolução, porque não tem como mudar uma coisa, que era rotina de muitos anos, de uma hora para outra. Tem muita pessoa antiga não que tem dificuldade de adaptação a nova mudanças, isso às vezes demora. Eu mesmo sou mais velha e tenho um pouco de dificuldade e resistente, mas eu sei que essas mudanças são para melhorar, tanto para nós, quanto clientes (TEC. 1).

O que foi praticado a vida toda foi o modelo biomédico, então desconstruir toda uma crença de valores, toda uma prática que para alguns profissionais, acreditam fielmente que dá certo, o trabalho será maior, devido esta resistência (SUPERV. ENF. 4).

Para minimizar os efeitos da resistência à mudança, é necessário iniciar o processo com uma direção segura, participante, convencida de que aquilo é melhor para a empresa, um clima de confiança e de abertura. É preciso ser transparente, expor com honestidade os aspectos que

a mudança irá abranger e iniciar o processo com uma campanha de sensibilização, para que as pessoas compreendam e, até, simpatizem com as mudanças que irão ocorrer (TEBOUL, 1991).

A maioria dos entrevistados destacou a relevância da mudança cultural e comportamental e apontou a importância do engajamento de todos os níveis hierárquicos, tendo as lideranças de média e alta gestão como disseminadoras e incentivadoras da nova cultura.

O principal desafio é a mudança de comportamento, porque tem pessoas que estão formando agora e é fácil da gente embutir nessas pessoas esse comportamento de um olhar mais integral (SUPERV. ENF. 4).

Eu acho que o modelo de cuidado centrado está em construção ainda, até porque essa mudança requer também uma mudança cultural. O modelo médico nosso ainda é um modelo muito centrado na doença. Então isso requer tempo (ENF. 6).

Tem que convencer esse profissional de que o modelo está mudando, a prática está mudando e que modelo agora é centrado no paciente e nas suas necessidades emocionais, necessidades sociais, e isso não é fácil mudar. A cultura não é fácil (SUPERV. ENF. 3).

Porque mudar uma mentalidade, o mapa mental não é fácil. É lógico que conforme o tempo vai passando e as práticas vão acontecendo e as discussões vão sendo feitas, a tendência que se alcance um modelo mais próximo aí do ideal, melhorando a comunicação, que ainda é fragil, porém a mudança de mentalidade é lenta (MED. 9).

Quando se fala em cultura, se fala em premissas, em crenças existentes nos níveis consciente e inconsciente, que direcionam a atitude das pessoas, pois, como a organização é um sistema de atividades ou forças em coordenação consciente de duas ou mais pessoas, a cultura em uma organização é o conjunto de valores e premissas segundo as quais seus membros tendem a pensar, agir e se relacionar (SENHORAS, 2007).

Se as decisões organizacionais práticas e sensatas forem provenientes de um conjunto de ideais coerentes e integrados às culturas hospitalares, elas terão maior probabilidade de obter êxito no longo prazo, pois há consistência no compartilhamento de comunicação e de valores (SCHEIN, 2009).

Schein (2009) esclarece, ainda, que os padrões culturais são criados e comunicados pelos líderes, cujo principal desempenho é criar, gerir e, até, eliminar uma cultura, se necessário. Ressalta-se que a cultura e a liderança estão profundamente ligadas e não podem ser compreendidas separadamente, pois representam exatamente o talento único de um líder e sua habilidade de trabalhar com a cultura. Um ponto forte observado nas falas das duas coordenações entrevistadas de enfermagem e a médica foi o entendimento das lideranças de que a cultura parte deles e que eles são responsáveis por disseminar a cultura do cuidado.

Eu tenho tentado ensinar as pessoas aqui todo dia: antes de qualquer coisa, a gente tem que acreditar naquilo que a gente faz. a crença é algo às vezes subjetivo, mas a gente que tem posição de liderança se não acreditar, não transforma a realidade (COORD. ENF. 8).

A gente tem reuniões semanais com representante. Somos acessíveis. A gente escuta. Podemos ser questionados. Damos liberdade para as pessoas sugerirem, porque esta escuta, ela é muito boa para o paciente e a equipe (COORD. MED. 7).

Segundo Senhoras (2007), a cultura bem construída e instituída dá mais liberdade ao indivíduo, uma vez que não é preciso dizer a ele o que é ou não importante. Conforme o mesmo autor, a comunicação é uma pilastra de aprendizagem para a coordenação cultural, de onde decorre a funcionalidade maior ou menor para a diminuição de custos de transação dentro da organização hospitalar. Quanto mais eficientes os canais de comunicação em um hospital, maior a capacidade de aprendizagem internas e, portanto, maior o potencial de amplitude de controle e coordenação sobre a organização (SCHEIN, 2009).

Na perspectiva dos profissionais de saúde, é preciso maior preparo para a implementação desse modelo de cuidado na prática, por meio de educação permanente, com orientações e apoio contínuos da instituição. No entanto, pode-se ponderar que as intervenções já realizadas contribuíram para desencadear o processo de mudança na cultura organizacional, refletidas em maior sensibilização da equipe multiprofissional quanto ao acolhimento dos pacientes e familiares na unidade e quanto à compreensão de suas nas entrevistas. A mudança vem sendo paulatinamente introduzida, apesar de não se identificarem indícios de um planejamento formal da mudança cultural. Verifica-se que as intervenções são pontuais, mas, mesmo assim, vêm apresentando bons resultados. Essa linha de conduta reforça uma tendência da mudança em evolução, por meio da transformação permanente em busca do novo equilíbrio.

Mostra-se oportuno que as instituições de ensino implementem modificações curriculares em seus cursos de formação sintonizadas com os novos modelos de cuidado, incorporando disciplinas que oportunizem reflexões sobre as práticas de saúde, como, excessiva fragmentação do conhecimento, crescente valorização de novas tecnologias e predomínio da visão biológica em detrimento da social (COOPER *et al.*, 2015).

O que existe é o enrigecimento do método clínico convencional, que hoje, sabidamente, não atende mais às expectativas do cliente. Então, a gente está mudando por uma pressão e por uma conjuntura de mercado, da concorrência que está rodeando o nosso estado, a nossa cidade, com modelos que sejam mais apropriados à realidade atual. Não adianta mais a gente impor às pessoas aquilo que a gente imagina. A sociedade exige que nós façamos coisas diferentes que já são feitas no mundo inteiro. Existem evidências. Esse modelo que eu estou falando, de enfermeiro de referência, é do final da década de 1980. Então, não existe nada de novidade, não existe nada de futurista. Existe uma população formada, mal formada de profissionais de saúde, de uma forma que de fato a sociedade não admite mais (COORD. ENF. 8).

É socialmente importante repensar a formação do profissional de saúde, de modo a torná-la facilitadora da inserção do profissional nos sistemas de saúde, de forma mais interativa e menos fragmentada. É latente a necessidade de incluir disciplinas e abordagens pedagógicas que discutam, orientem e reflitam sobre condutas e comportamentos entre os sujeitos, apresentando estratégias capazes de aprimorar relações interpessoais e de transformar práticas de cuidado. A educação é a ferramenta mais valiosa de uma instituição nos processos de mudança cultural e o cuidado centrado no paciente é a chave para o cuidado em saúde de alta qualidade e uma base necessária para uma assistência segura, efetiva, eficiente, conveniente e equilibrada (COOPER *et al.*, 2015). Para que estes valores sejam cada vez mais sólidos na organização, é preciso que haja um planejamento estratégico para a educação (BEHR, 2013).

Os profissionais da área da saúde deverão adaptar suas formas de assistência de acordo com as características de cada pessoa, desenvolvendo a sensibilidade de perceber cada indivíduo como único. O foco de sua atenção deverá ser a pessoa, e não mais a doença, transformando a relação de cuidado à medida que o indivíduo se torna sujeito ativo de seu tratamento (TADDEO *et al.*, 2012).

5 RESULTADOS DA ETAPA QUANTITATIVA

Neste capítulo apresentam-se a o resultado do processo de tradução e adaptação cultural dos instrumentos questionário cuidado centrado no paciente e cuidado no diálogo - escala de competências diálogo, a validação dos construtos e a análise descritiva das respostas dos profissionais saúde e pacientes.

5.1 Etapas da tradução e adaptação cultural das escalas

Neste item descrevem-se o processo de preparação das escalas cuidado centrado no paciente e cuidado no diálogo - escala de competências diálogo, que envolveu a tradução e a adaptação cultural.

O Quadro 2 apresenta a síntese das etapas seguidas nesta pesquisa para a tradução e adaptação cultural dos instrumentos.

Quadro 2 – Etapas do processo de adaptação e tradução cultural das escalas

DATA	ETAPA
25/06/2019	Solicitação de autorização aos autores para tradução e aplicação dos instrumentos.
26/06/2019	Resposta dos autores autorizando a tradução e aplicação dos instrumentos.
18/07/2019	Solicitação de orçamento a duas empresas de Consultoria Linguística.
19/07/2019	Envio dos instrumentos 'Cuidado no Diálogo – Escala de Competência' (Anexo A) e Questionário 'Cuidado Centrado no Paciente' (Anexo B) para tradução
25/07/2019	Recebimento das traduções iniciais dos instrumentos Questionário Cuidado Centrado no Paciente (Apêndice F e G) e Cuidado no Diálogo – Escala de Competência (Apêndice H e I). As traduções foram realizadas por dois tradutores bilíngues e biculturais (com experiência na cultura dos dois países) não cientes dos objetivos da pesquisa.
09/08/2019	Comparação entre as duas traduções a versão original por um terceiro tradutor bilíngue. A síntese da tradução teve como objetivo encontrar um consenso quanto à tradução dos trechos em que houve divergência nas escolhas. Escala 'Cuidado Centrado no Paciente' (Apêndice J) e escala 'Cuidado no Diálogo – Escala de Competência' (Apêndice K). O principal foco foi o refinamento linguístico da síntese das traduções, tendo sido sugeridas alterações na formulação de algumas perguntas e trocas de alguns termos, com exceção da terminologia técnica.
03/09/2019	Painel de especialistas do instrumento Questionário 'Cuidado Centrado no Paciente' (Anexo J), onde as discrepâncias foram discutidas para obtenção de uma versão traduzida preliminar; (2 clientes com nível de escolaridade fundamental, 2 com nível médio e 2 com nível superior). Os participantes trabalham no hospital, sendo que os de nível médio e superior também são profissionais de saúde e foram pacientes em mais de uma internação no hospital, permanecendo mais de oito dias. No momento em que houve discordância da tradução de alguma palavra, termo, ou pergunta que não se enquadrava na realidade cultural do país e também não fazia referência aos Serviços de Saúde (hospitais, clínicas) onde se pretende aplicar os questionários a palavra, termo ou questão foram modificados ou retirados. Foram realizadas discussões até a obtenção de um consenso sobre a tradução, elegendo a opção mais apropriada e a que conservava o significado expresso no instrumento original, ou a exclusão do item sem comprometer a compreensão pela população ao qual se destinava. Cabe ressaltar que foi discutido também a quantidade de perguntas a serem mantidas para evitar a desmotivação do respondente, bem respostas aleatórias e descompromissadas. Foi gerada a síntese 3 (Apêndice L)
04/09/2019	Painel de especialistas do Instrumento 'Cuidado no Diálogo – Escala de Competência' (Apêndice K), onde as discrepâncias foram discutidas para obtenção de uma versão traduzida preliminar; com profissionais de saúde (2 médicos, 2 enfermeiros, 2 técnicos, 1 psicólogo). No momento em que houve discordância da tradução de alguma palavra, termo ou perguntas que não se enquadravam na realidade cultural do país e que também não faziam referência aos Serviços de Saúde (hospitais, clínicas) onde se pretende aplicar os questionários elas foram retiradas. Foram realizadas discussões até a obtenção de um consenso sobre a tradução, elegendo a opção mais apropriada e a que conservava o significado expresso no instrumento original. Cabe ressaltar que foi também discutida a quantidade de perguntas para não entediar o respondente, a fim de evitar respostas aleatórias e descompromissadas. Foi gerada a síntese 4 (Apêndice M)
05/09/2019	Retrotradução cega das versões preliminares dos Instrumentos escala 'Cuidado no Diálogo – Escala de Competência' (Anexo N e O) e Instrumento Questionário Cuidado Centrado no Paciente (Anexo P e Q) por dois tradutores cuja língua-mãe seja a mesma da versão original (Holandês) da escala ou tradução para a volta ao idioma original (<i>back-translation</i>). Os profissionais estavam cientes do objetivo da pesquisa. As duas versões retrotraduzidas foram comparadas para verificar a existência de alguma disparidade semântica entre ambas, o que revelou a necessidade de reformular a tradução de alguns trechos, gerando novas versões (sínteses 5 e 6) (Apêndice R e S).

(Continua)

(Conclusão)

09/09/2019	Compreendeu a revisão das 2 versões de cada questionários e a obtenção de uma versão simplificada pré-final de cada escalas a síntese 5 (Apêndice R) e a síntese 6 (Apêndice S), que foram discutidas com a orientadora, refinadas e enviadas para a mesma avaliar novamente. Nesta parte foi discutida a exclusão das perguntas sugeridas pelos especialistas.
10/09/2019	Retorno da orientadora com correção e liberado para pré-teste.
15/09/2019	Pré-teste da versão final com uma amostra de 20 pacientes e 20 profissionais de saúde para os respectivos questionários. Teste realizado em um Hospital de Betim com o perfil similar ao hospital Gama.
30/09/2019	Término do pré-teste.
04/10/2019	<p>Realizada validação interna dos instrumentos do pré teste.</p> <p>No instrumento 'Cuidado Centrado no Paciente', o primeiro item a ser medido foi o AVE. Ao realizar a análise obteve-se um AVE = 0,44 que é menor que 0,50. Nessas situações, deve-se eliminar variáveis que possuem cargas fatoriais menores. Dessa forma, foram eliminados os itens "Eu acho que os profissionais de saúde às vezes dizem muito rápido algo que não é possível" e "Eu tive oportunidade de falar dos meus medos e inseguranças com os profissionais de saúde no decorrer dos atendimentos".</p> <p>No instrumento 'Cuidado no Diálogo – Escala de Competência' Comunicação e Diálogo com o cliente o primeiro item a ser medido será o AVE. Ao realizar a análise obteve-se um AVE = 0,322 que é menor que 0,50. Nessas situações, deve-se eliminar variáveis que possuem cargas fatoriais menores. Dessa forma, foram eliminados os itens "Estou ciente da minha maneira de me comunicar no relacionamento com o cliente", "Dou ao cliente a oportunidade de abordar questões de interesse, desde que não entrem em conflito com as orientações de risco assistencial e normas hospitalares", "Apoio o cliente quanto aos questionamentos sobre o atendimento e cuidado para verificar se nos entendemos", "Eu oriento o cliente sobre as questões relativas ao seu atendimento e cuidado" e "A partir do meu conhecimento profissional, eu posso expressar minhas dúvidas sobre desejos e preferências do cliente".</p> <p>Na competência Gestão compartilhada do cuidado com o cliente o primeiro item a ser medido será o AVE. Ao realizar a análise obteve-se um AVE = 0,474 que é menor que 0,50. Nessas situações, deve-se eliminar variáveis que possuem cargas fatoriais menores. Dessa forma, foi eliminado o item "Estou ciente de que a questão do cliente é o ponto de partida para o atendimento a ser prestado".</p> <p>Na competência Comportamento proativo, o primeiro item a ser medido foi o AVE. Ao realizar a análise obteve-se um AVE = 0,408 que é menor que 0,50. Nessas situações, deve-se eliminar variáveis que possuem cargas fatoriais menores. Dessa forma, foram eliminados os itens: "Dou clareza ao cliente sobre as minhas possibilidades e limitações institucionais e pessoais" e "Eu procuro opções alternativas para atender à demanda do cliente diante de limitações pessoais ou institucionais".</p>
08/10/2019	<p>Novas sínteses foram realizadas e deu-se início à aplicação dos questionários.</p> <p>(Apêndice A) Produto - Síntese 7 - Questionário Final Simplificado do Cuidado Centrado no Paciente</p> <p>(Apêndice B) Produto - Síntese 8 - Questionário Final Simplificado do Cuidado no Diálogo - Escala de Competências</p> <p>Início da aplicação dos questionários.</p>

Fonte: Elaborada pela autora (2020).

A partir dos valores obtidos na validação interna do pré-teste, foram excluídos itens dos dois instrumentos utilizados, devido a sua carga baixa fatorial, que é a porcentagem não satisfatória, quanto a covariância existente entre o fator e o item.

No instrumento cuidado centrado no paciente, foram eliminados os itens *“Eu acho que os profissionais de saúde às vezes dizem muito rápido algo que não é possível”* e *“Eu tive oportunidade de falar dos meus medos e inseguranças com os profissionais de saúde no decorrer dos atendimentos”*.

No instrumento cuidado no diálogo – escala de competência, na competência *comunicação e diálogo com o cliente*, foram eliminados os itens *“Estou ciente da minha maneira de me comunicar no relacionamento com o cliente”*, *“Dou ao cliente a oportunidade de abordar questões de interesse, desde que não entrem em conflito com as orientações de risco assistencial e normas hospitalares”*, *“Apoio o cliente quanto aos questionamentos sobre o atendimento e cuidado para verificar se nos entendemos”*, *“Eu oriento o cliente sobre as questões relativas ao seu atendimento e cuidado”* e *“A partir do meu conhecimento profissional, eu posso expressar minhas dúvidas sobre desejos e preferências do cliente”*.

Seguindo a competência *“gestão compartilhada do cuidado com o cliente”*, foi eliminado o item *“Estou ciente de que a questão do cliente é o ponto de partida para o atendimento a ser prestado”*.

Por fim, na competência *“comportamento proativo”*, foram eliminados os itens: *“Dou clareza ao cliente sobre as minhas possibilidades e limitações institucionais e pessoais”* e *“Eu procuro opções alternativas para atender à demanda do cliente diante de limitações pessoais ou institucionais”*.

Na sequência, apresenta-se a versão final traduzida, adaptada culturalmente e simplificada dos instrumentos.

O Quadro 3 apresenta o instrumento questionário cuidado centrado no paciente e o Quadro 4 o instrumento cuidado no diálogo - escala de competências.

Quadro 3 – Versão final traduzida, adaptada culturalmente e simplificada do instrumento questionário cuidado centrado no paciente

Os cuidados que recebeu dos profissionais de saúde	1	2	3	4	5
1) Eu noto que os profissionais de saúde levam em conta meus desejos pessoais.					
2) Eu percebo que os profissionais de saúde deram atenção e atenderam as chamadas ao leito.					
3) Eu percebo que os profissionais de saúde levaram em conta o que eu digo.					
4) Eu e meus familiares tivemos oportunidade de sermos escutados nos atendimentos e cuidados recebidos e obtivemos esclarecimentos quando solicitado.					
5) Percebo que os profissionais de saúde me respeitaram e me trataram com cortesia.					
6) Os profissionais de saúde foram claros sobre qual atendimento e cuidados eles são autorizados a fornecer ou não.					
7) Eu tive oportunidade de contribuir com meu próprio conhecimento e experiência em relação aos atendimentos e cuidados que precisei.					
8) Eu tive oportunidade de fazer aquilo que eu era capaz de fazer.					
9) Eu sempre fui informado/esclarecido sobre o tipo de atendimento e cuidado fornecido.					
10) Toda a informação passada pelos profissionais de saúde, foi fácil de entender.					

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Quadro 4 – Versão final traduzida, adaptada culturalmente e simplificada do instrumento cuidado no diálogo - escala de competências

Competência 1: Comunicação e diálogo com o cliente	1	2	3	4	5
1) Eu levo a sério as necessidades e preferências pessoais do cliente.					
2) O plano de cuidados mostra que as necessidades e desejos do cliente são centrais.					
3) Ao implementar o cuidado, adapto-me aos desejos e possibilidades do cliente.					
4) Eu avalio regularmente o plano terapêutico juntamente com o cliente e familiares.					
Competência 2: Gestão compartilhada do cuidado com o cliente	1	2	3	4	5
1) Incentivo o cliente e familiares a trazerem seus próprios conhecimentos e experiências durante o processo de cuidado.					
2) Eu incentivo o cliente a assumir a responsabilidade e organizar seu processo de autocuidado.					
3) Apoio e incentivo o cliente em suas iniciativas.					
4) Adapto o plano de cuidados aos desejos de mudança e demandas do cliente.					
Competência 3: Comportamento Proativo	1	2	3	4	5
1) Auxílio os colegas na busca de formas alternativas para atender a demanda do cliente diante de limitações pessoais ou institucionais.					
2) Estou aberto às críticas dos clientes.					
3) Estou aberto às críticas dos colegas.					

Fonte: Elaborada pela autora (2020).

5.2 Análise da validade dos instrumentos

Para validar os instrumentos, primeiramente analisou-se a qualidade de mensuração dos construtos, ou seja, se os itens de cada construto medem com precisão seu respectivo conceito. Para tal, foram verificadas a validação convergente, que avalia o grau em que duas medidas do mesmo conceito estão correlacionadas, e a confiabilidade, que avalia aspectos sobre coerência, precisão, estabilidade, equivalência e homogeneidade.

Para verificar a validade convergente utilizou-se a AVE (*Average variance extracted*), ou Variância Média Extraída, que indica o quanto, em média, as variáveis se correlacionam

positivamente com seu respectivo construto. Fornell e Larcker (1981) afirmam que valores de AVE acima de 0,50 indicam validade convergente adequada.

Para avaliar a confiabilidade foram utilizados o alfa de Cronbach e a confiabilidade composta, ambos usados para avaliar se a amostra está livre de vieses ou, ainda, se as respostas – em seu conjunto – são confiáveis. De acordo com Fornell e Larcker (1981) e Hair Junior (2009), valores do alfa de Cronbach e confiabilidade composta superiores a 0,8 são considerados bons, enquanto coeficientes entre 0,7 e 0,8 são considerados aceitáveis.

Na escala cuidado centrado no paciente, a AVE obteve resultado igual a 0,580 e o alfa de Cronbach, 0,900. Quanto à confiabilidade composta, o valor foi de 0,911. Em ambos os casos os valores adequados se revelaram favoráveis para a validação do instrumento.

O Quadro 5 apresenta os dez itens da versão final do instrumento:

Quadro 5 – Itens do instrumento questionário cuidado centrado no paciente

Itens do instrumento Cuidado Centrado no Paciente
CCP01- Eu noto que os profissionais de saúde levam em conta meus desejos pessoais.
CCP02- Eu percebo que os profissionais de saúde deram atenção as minhas necessidades e atenderam as chamadas ao leito.
CCP03- Eu percebo que os profissionais de saúde levaram em conta o que eu digo.
CCP04- Eu e meus familiares tivemos oportunidade de sermos escutados nos atendimentos e cuidados recebidos e obtivemos esclarecimentos quando solicitado.
CCP05- Percebo que os profissionais de saúde me respeitaram e me trataram com cortesia.
CCP06- Os profissionais de saúde foram claros sobre qual atendimento e cuidados eles são autorizados a fornecer ou não.
CCP07- Eu tive oportunidade de contribuir com meu próprio conhecimento e experiência em relação aos atendimentos e cuidados que precisei.
CCP08- Eu tive oportunidade de fazer aquilo que eu era capaz de fazer.
CCP09- Eu sempre fui informado/esclarecido sobre o tipo de atendimento e cuidado fornecido.
CCP010- Toda a informação passada pelos profissionais de saúde, foi fácil de entender.

Fonte: Elaborada pela autora (2020).

No instrumento cuidado no diálogo – escala de competências, a competência *Comunicação e Diálogo com o Paciente* (CDC), obteve um AVE igual a 0,549, alfa de Cronbach igual a 0,829 e confiabilidade composta igual a 0,830, valores considerados adequados.

Na competência *Gestão Compartilhada do Cuidado com o Cliente* (CGC), encontram-se AVE igual a 0,562, alfa de Cronbach igual a 0,814 e uma Confiabilidade Composta igual a 0,835, valores considerados adequados.

Na competência *Comportamento Proativo* (CPR), a AVE obteve resultado 0,651, alfa de Cronbach 0,802 e confiabilidade composta, 0,839.

Nas competências analisadas, os valores do AVE e alfa de Cronbach foram adequados e se revelaram favoráveis para a validação do instrumento.

A Figura 6 apresenta a versão final do instrumento com 11 itens separado em três competências. Os itens das competências estão codificados por: CDC – *Comunicação e diálogo com o cliente*; CGC – *Gestão compartilhada do cuidado com o cliente* e CPR – *Comportamento proativo*.

Quadro 6 – Itens do instrumento cuidado no diálogo - escala de competências

Itens e descrições do do Instrumento Cuidado no diálogo - Escala de Competências
CDC01. Eu levo a sério as necessidades e preferências pessoais do cliente.
CDC02. O plano de cuidados mostra que as necessidades e desejos do cliente são centrais.
CDC03. Ao implementar o cuidado, avalio e discuto os desejos e possibilidades do cliente.
CDC04. Eu avalio regularmente o plano terapêutico juntamente com o cliente e familiares.
CGC05. Incentivo o cliente e familiares a trazerem seus próprios conhecimentos e experiências durante o processo de cuidado.
CGC07. Apoio e incentivo o cliente em suas iniciativas.
CGC06. Eu incentivo o cliente a assumir a responsabilidade e organizar seu processo de autocuidado
CGC08. Adapto o plano de cuidados aos desejos de mudança e demandas do cliente.
CPR09. Auxílio os colegas na busca de formas alternativas para atender a demanda do cliente diante de limitações pessoais ou institucionais.
CPR10. Estou aberto às críticas dos clientes.
CPR 11. Estou aberto às críticas dos colegas.

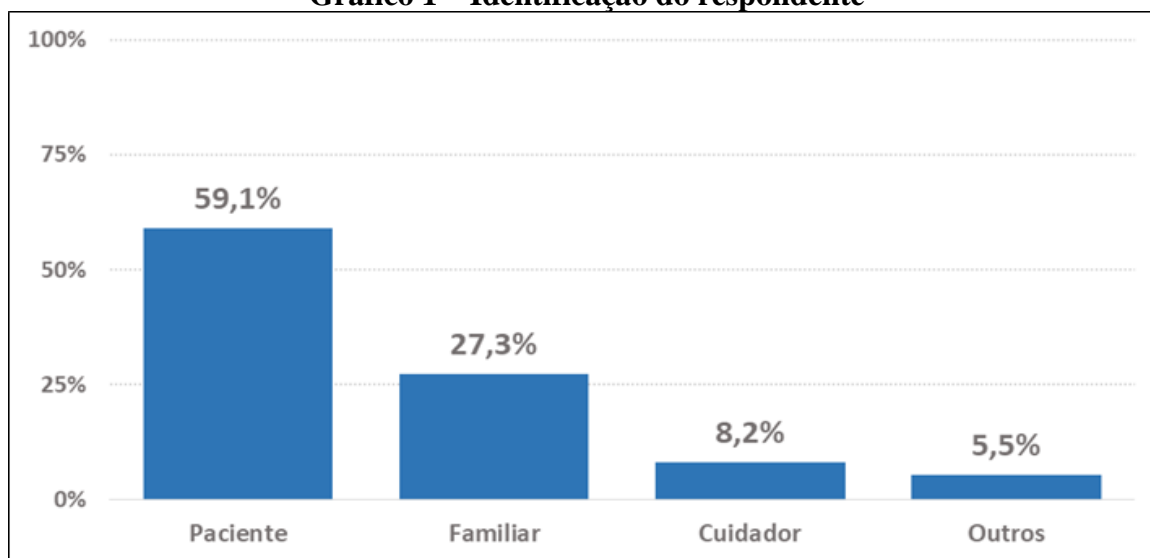
Fonte: Elaborada pela autora (2020).

5.3 Estatística descritiva da escala cuidado centrado no paciente

O cálculo da amostra foi realizado de acordo com as recomendações de Hair Junior (2009), indicando um tamanho mínimo da amostra cinco vezes maior que o número de itens a serem avaliados nos instrumentos.

O perfil da amostra compreendeu 143 respondentes. Em 59,1% foi respondida pelo próprio paciente; em 27,3%, por familiar; 8,2% pelo o cuidador; e em 5,5% por outros (Gráfico 1).

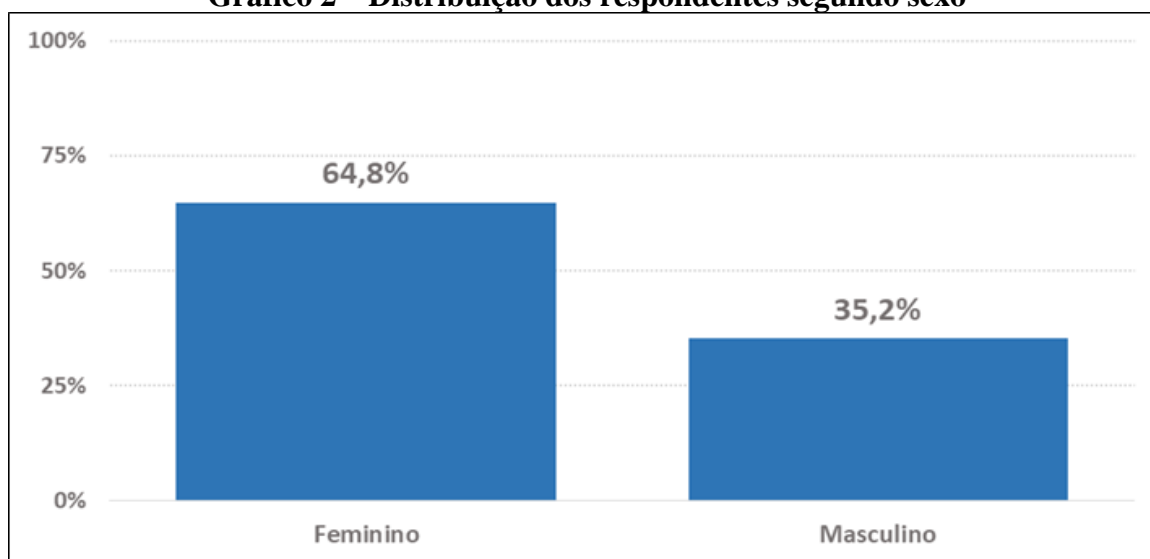
Gráfico 1 – Identificação do respondente



Fonte: Elaborada pela autora (2020)

Dentre os entrevistados 64,8% são do sexo feminino e 35,2% do sexo masculino. Conforme o controle de acesso do Hospital Gama cerca de 75,6% são mulheres e 25,4% homens, ressalto que foi levado em consideração o sexo dos pacientes internados e acompanhantes (Gráfico 2).

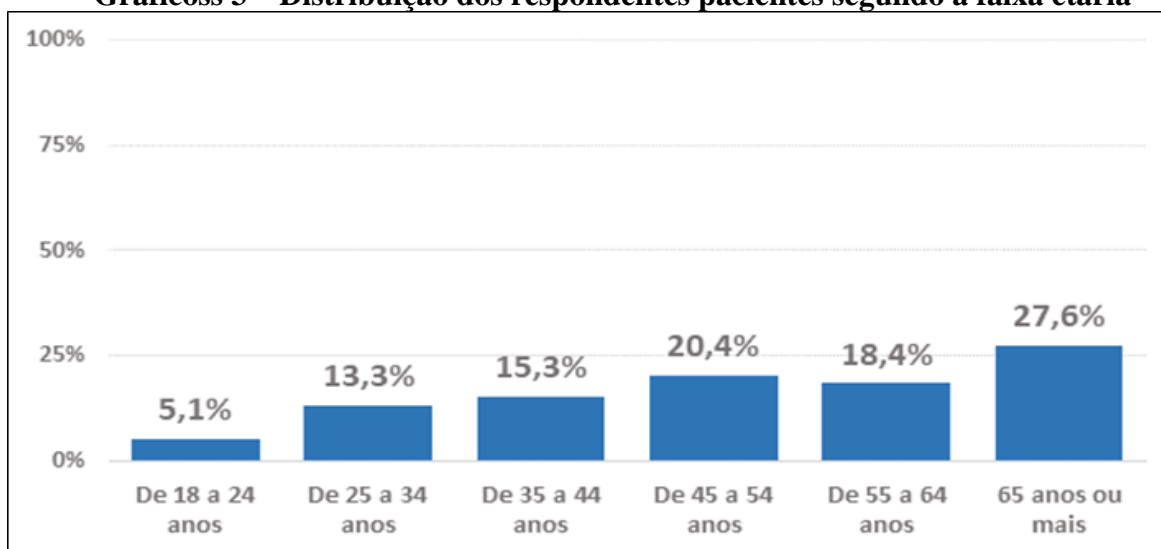
Gráfico 2 – Distribuição dos respondentes segundo sexo



Fonte: Elaborada pela autora (2020)

A idade dos respondentes situou-se entre as faixas etárias de 18 e 24 anos (5,1%), de 25 a 34 anos (13,3%), de 35 a 44 anos (15,3%), de 45 a 54 anos (20,4%), de 55 a 64 anos (18,4%) e 65 anos ou mais (27,6%) (Gráfico 3).

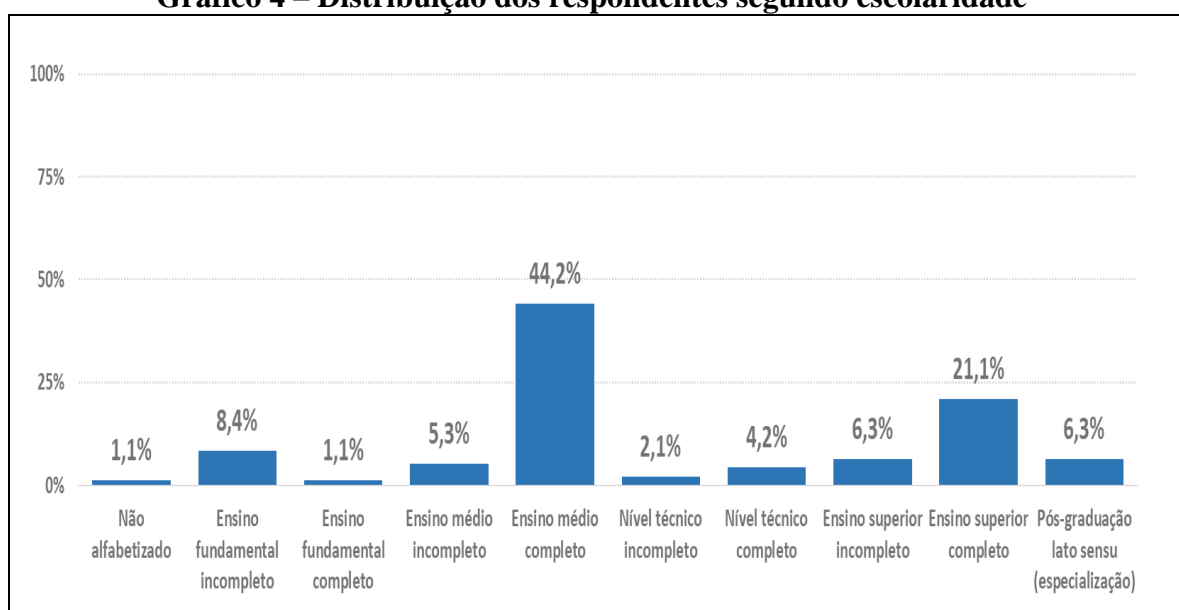
Gráfico 3 – Distribuição dos respondentes pacientes segundo a faixa etária



Fonte: Elaborada pela autora (2020).

O Gráfico 4 apresenta distribuição dos pacientes quanto à escolaridade, contemplando 143 pacientes. Encontrou-se que 44,2% têm o ensino médio completo, apenas 1,1% é não alfabetizado e 33,7%, estão cursando ou tem curso superior.

Gráfico 4 – Distribuição dos respondentes segundo escolaridade



Fonte: Elaborada pela autora (2020).

Dos itens que compõem o instrumento cuidado centrado do paciente, tem-se a maior média observada para o item CCP05, apresentar a descrição (4,90), seguindo-se os itens CCP04, CCP06, CCP09, entre 4,85 e 4,87 de média; CCP02 e CCP03 tem 4,81 e 4,78 de média, respectivamente. O item CCP08 apresenta média de 4,73 e por fim, com tendência positiva e a média mais baixa são CCP01 com 4,67 (Tabela 1).

Tabela 1 – Medidas descritivas (média, desvio padrão e intervalo de confiança para os itens do instrumento cuidado centrado no paciente)

Item	N	Média	DP	IC(95%)
CCP01	141	4,67	0,75	[4,54 : 4,79]
CCP02	143	4,81	0,49	[4,73 : 4,89]
CCP03	142	4,78	0,58	[4,69 : 4,88]
CCP04	142	4,87	0,40	[4,80 : 4,93]
CCP05	143	4,90	0,34	[4,85 : 4,96]
CCP06	143	4,86	0,51	[4,78 : 4,94]
CCP07	143	4,73	0,73	[4,61 : 4,85]
CCP08	143	4,86	0,48	[4,78 : 4,94]
CCP09	143	4,86	0,48	[4,78 : 4,94]
CCP10	143	4,85	0,47	[4,78 : 4,93]

Fonte: Elaborada pela autora (2020).

O item CCP01 obteve a menor média (4,67) e o maior desvio padrão (0,75) indicado uma maior dispersão dos dados em torno da média. Sendo assim a afirmativa “*Eu noto que os profissionais de saúde levam em conta meus desejos pessoais*” foi a que obteve mais variabilidade de respostas.

O item CCP05 obteve a maior média (4,90) e o menor desvio padrão (0,34) indicando o quão “confiável” é esse valor. Sendo assim a afirmativa “*Incentivo o cliente e familiares a trazerem seus próprios conhecimentos e experiências durante o processo de cuidado*” foi a que obteve menor variabilidade de respostas.

Tabela 2 – Percepção dos pacientes com relação a frequência das afirmativas relacionadas ao instrumento cuidado centrado no paciente

Declarações afirmativas sobre o cuidado	1 Nunca	2 Quase nunca	3 Frequente	4 Quase sempre	5 Sempre
1- Eu noto que os profissionais de saúde levam em conta meus desejos pessoais.	0,7%	2,1%	6,4%	11,3%	79,5%
2- Eu percebo que os profissionais de saúde deram atenção as minhas necessidades e atenderam as chamadas ao leito.	0,0%	0,0%	4,2%	10,5%	85,3%
3- Eu percebo que os profissionais de saúde levaram em conta o que eu digo.	0,0%	2,1%	2,1%	11,3%	84,5%
4- Eu e meus familiares tivemos oportunidade de sermos escutado nos atendimento e cuidado recebidos e obtivemos esclarecimentos quando solicitado.	0,0%	0,0%	2,1%	9,2%	88,7%
5- Percebo que os profissionais de saúde me respeitaram e me trataram com cortesia.	0,0%	0,0%	1,4%	7,0%	91,6%
6- Os profissionais de saúde foram claros sobre qual atendimento e cuidados eles são autorizados a fornecer ou não.	0,0%	2,1%	0,7%	6,3%	90,9%
7- Eu tive oportunidade de contribuir com meu próprio conhecimento e experiência em relação aos atendimentos e cuidados que precisei.	2,1%	0,7%	2,1%	11,9%	83,2%
8- Eu tive oportunidade de fazer aquilo que eu era capaz de fazer.	0,0%	1,4%	1,4%	7,0%	90,2%
9- Eu sempre fui informado/esclarecido sobre o tipo de atendimento e cuidado fornecido.	0,0%	1,4%	1,4%	7,0%	90,2%
10- Toda a informação passada pelos profissionais de saúde, foi fácil de entender.	0,0%	1,4%	1,4%	9,1,%	88,8%

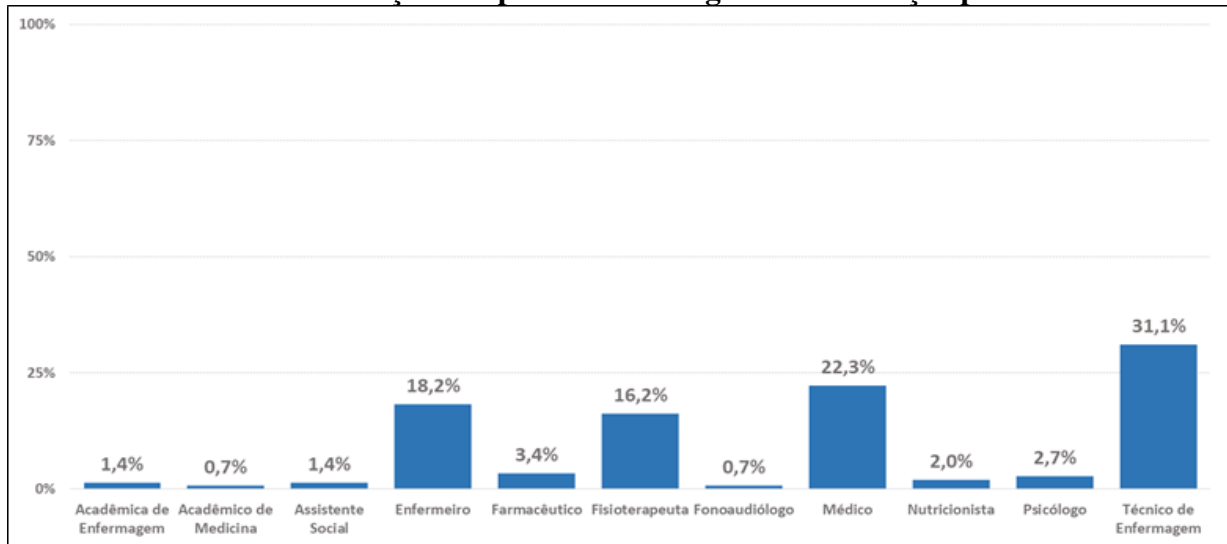
Fonte: Elaborada pela autora (2020).

5.4 Estatística descritiva do instrumento cuidado no diálogo: escala de competências

O cálculo da amostra foi realizado de acordo com as recomendações de Hair Junior (2009), indicando um tamanho mínimo da amostra cinco vezes maior que o número de itens a serem avaliados nos instrumentos.

O perfil da amostra que compreendeu 148 respondentes, revela que 31,1% são técnicos de enfermagem; 22,3% médicos; 18,2% enfermeiros; 16,2% fisioterapeutas e os 12,2% demais profissionais. Foi considerado o universo de cada categoria profissional para que todas tivessem representatividade (Gráfico 5).

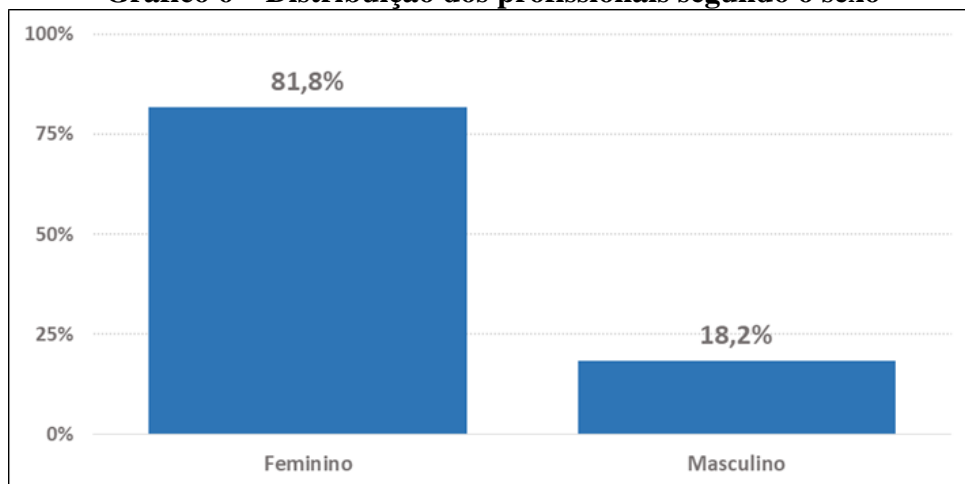
Gráfico 5 – Distribuição dos profissionais segundo a formação profissional



Fonte: Elaborada pela autora (2020).

Quanto a qualificação dos correspondentes apurou-se que 27,0% têm nível técnico; 35% nível superior; 37,0% pós - graduação ou MBA; 0,5% mestrado e 0,5% doutorado. O Gráfico 6 apresenta a distribuição dos profissionais segundo o sexo declarado. Lembrando que no universo dos profissionais de saúde do hospital Gama 85,0% são mulheres e 15,0% homens.

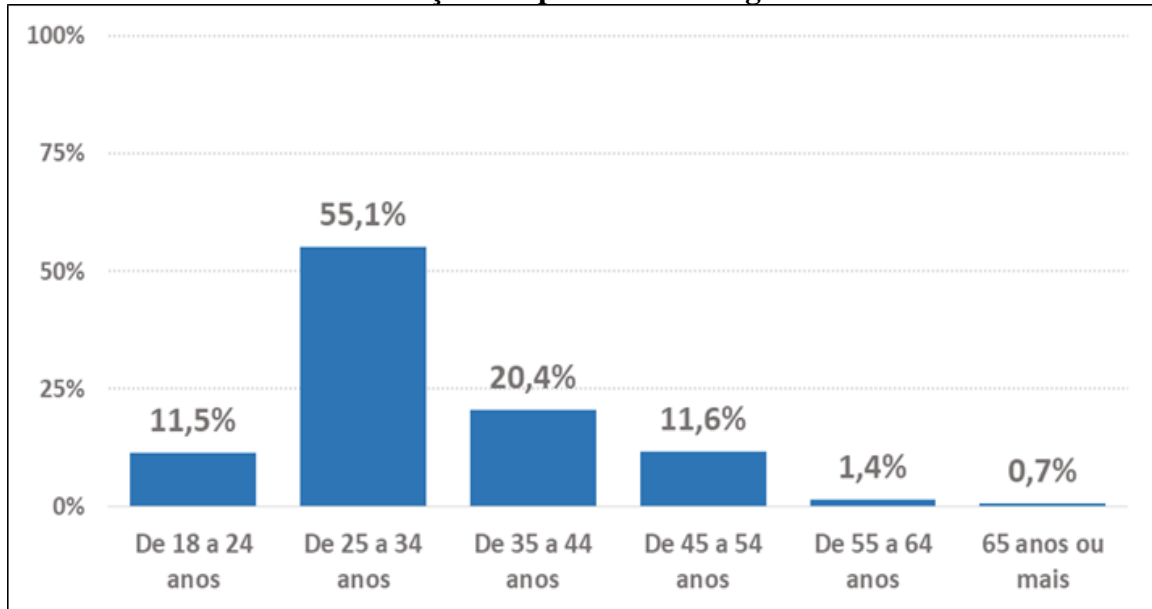
Gráfico 6 – Distribuição dos profissionais segundo o sexo



Fonte: Elaborada pela autora (2020).

Quanto à faixa etária, dos correspondentes (55,1%) situam-se na faixa de 25 e 34 anos; (0,7%) é acima de 65 anos; (20,4%) entre 35 e 44 anos; de 18 a 24 anos (11,5%); de 45 a 54 anos com (11,6%) e de 55 a 64 (1,4%) (Gráfico 7).

Gráfico 7 – Distribuição dos profissionais segundo a faixa etária



Fonte: Elaborada pela autora (2020).

A Tabela 3 apresenta os itens que compõem a competência comunicação e diálogo com o *cliente*, apurou-se que a maior média observada foi do item CDC01 com 4,60 de média. Com valores pouco abaixo, mas ainda tendência positiva, têm-se CDC02 com (4,28) e CDC03 com (4,17). Apenas o item CDC04, com média de 3,84, apresentou média inferior a 4, mas ainda assim com tendência positiva.

A maior média para os itens que compõem a competência *gestão compartilhada do cuidado com o cliente* foi apresentada pelos itens GCC07 e GCC08, apresentando as médias, 4,16 e 4,14, respectivamente. Ainda com clara tendência positiva, têm-se os itens GCC06, com média 4,04. Por fim, o item GCC05 com a média 3,96.

As estatísticas descritivas dos itens que compõem a competência *comportamento proativo* revelou que os itens CPR10 e CPR11 apresentaram as maiores médias, ambos com 4,70, seguindo CPR 09 apresentam média 4,47.

Tabela 3 – Medidas descritivas (média, desvio padrão e intervalo de confiança para os itens do instrumento comunicação e diálogo com o cliente - CDC, gestão compartilhada do cuidado com o cliente - CGC e comportamento proativo - CPR)

Item	N	Média	DP	IC(95%)
CDC01	148	4,60	0,63	[4,50 : 4,70]
CDC02	147	4,28	0,83	[4,15 : 4,41]
CDC03	148	4,17	0,79	[4,04 : 4,30]
CDC04	147	3,84	1,06	[3,67 : 4,02]
GCC05	148	3,96	1,07	[3,79 : 4,13]
GCC06	148	4,04	1,16	[3,85 : 4,23]
GCC07	148	4,16	0,97	[4,01 : 4,32]
GCC08	148	4,14	0,90	[4,00 : 4,29]
CPR09	148	4,47	0,71	[4,36 : 4,59]
CPR10	148	4,70	0,57	[4,60 : 4,79]
CPR11	148	4,70	0,56	[4,61 : 4,79]

Fonte: Elaborada pela autora (2020).

O item CDC01 obteve a maior média (4,60) e o menor desvio padrão (0,63) indicando o quão “confiável” é esse valor. Sendo assim a afirmativa “Eu levo a sério as necessidades e preferências pessoais do cliente” obtendo menor variabilidade de respostas.

O item CDC04 obteve a menor média (3,84) e o maior desvio padrão (1,06) indicado uma maior dispersão dos dados em torno da média. Sendo assim a afirmativa “Eu avalio regularmente o plano de cuidados juntamente com o cliente e familiares” foi a que obteve alta variabilidade de respostas.

O item GCC05 também apresentou a mesma característica com uma menor média (3,96) e o maior desvio padrão (1,07). A afirmativa “Incentivo o cliente e familiares a trazerem seus próprios conhecimentos e experiências durante o processo de cuidado” obteve alta variabilidade de respostas.

A Tabela 4 apresenta a percepção dos profissionais de saúde com relação à frequência pela escala de Likert destas afirmativas relacionadas a competências comunicação e diálogo, gestão compartilhada e proatividade.

Tabela 4 – Percepção dos profissionais de saúde com relação à frequência das afirmativas relacionadas a competências de comunicação e diálogo, gestão compartilhada e proatividade

Competência 1: Comunicação e diálogo com o cliente	1 Nunca	2 Quase nunca	3 Frequente	4 Quase sempre	5 Sempre
1. Eu levo a sério as necessidades e preferências pessoais do cliente.	0,0%	0,7%	5,4%	27,0%	66,9%
2. O plano de cuidados mostra que as necessidades e desejos do cliente são centrais.	0,0%	4,1%	11,6%	36,7%	47,6%
3. Ao implementar o cuidado, avalio e discuto os desejos e possibilidades do cliente.	1,4%	0,0%	16,2%	45,3%	37,2%
4. Eu avalio regularmente o plano terapêutico juntamente com o cliente e familiares.	3,4%	8,8%	18,4%	38,8%	30,6%
Competência 2: Gestão Compartilha do Cuidado com o cliente	1 Nunca	2 Quase nunca	3 Frequente	4 Quase sempre	5 Sempre
1. Incentivo o cliente e familiares a trazerem seus próprios conhecimentos e experiências durante o processo de cuidado.	3,4%	8,1%	14,2%	37,8%	36,5%
2. Eu incentivo o cliente a assumir a responsabilidade e organizar seu processo de autocuidado.	6,1%	5,4%	12,2%	31,1%	45,3%
3. Apoio e incentivo o cliente em suas iniciativas.	2,0%	6,1%	9,5%	38,5%	43,9%
4. Adapto o plano de cuidados aos desejos de mudança e demandas do cliente.	1,4%	4,1%	14,2%	39,9%	40,4%
Competência 3: Comportamento Proativo	1 Nunca	2 Quase nunca	3 Frequente	4 Quase sempre	5 Sempre
1. Auxílio os colegas na busca de formas alternativas para atender a demanda do cliente diante de limitações pessoais ou institucionais.	0,0%	1,4%	8,8%	31,1%	58,8%
2. Estou aberto às críticas dos clientes.	0,0%	0,0%	5,4%	19,6%	75,0%
3. Estou aberto às críticas dos colegas.	0,0%	0,0%	5,4%	18,9%	75,7%

Fonte: Elaborada pela autora (2020).

5.4 Discussão dos resultados

O instrumento questionário “cuidado centrado no paciente” (WITTE *et al.*, 2006) avaliou os principais valores do cliente em relação ao atendimento centrado no cliente, com base em um estudo qualitativo da perspectiva do cliente sobre o atendimento domiciliar de

enfermagem (SCHOOT *et al.*, 2005a). Foram testados entre clientes de três agências de *homecare* no sul dos Países Baixos. Após um tempo, o instrumento foi traduzido para o inglês (BOSMAN *et al.*, 2008) e adaptado para clientes que recebiam cuidados assistenciais no lar. A confiabilidade do questionário mostrou a consistência interna com um alfa de Cronbach de 0,912, o item 7 também foi removido do questionário, devido à formulação invertida. A média de pontuação por item foi de 3,9, com um mínimo de 3,5 e um máximo de 4,5. Os pacientes revelaram que percebem que estão sendo ouvidos pelos profissionais de saúde e que apreciam isso.

Neste estudo, o alfa de Cronbach, 0,90, ficou próximo dos resultados das validações anteriores de Witte *et al.* (2006) e de Bosman *et al.* (2008). Com base na alta pontuação dos escores médios na versão brasileira adaptada e simplificada do instrumento, pode-se dizer que a percepção dos clientes foi positiva no que se refere ao cuidado centrado no paciente. De acordo com os escores, constatou-se que houve atenção às necessidades e aos desejos do paciente e a identificação de objetivos comuns entre médicos e pacientes sobre a doença e sua abordagem, com o compartilhamento de decisões e responsabilidades. Isso reforça que o trabalho que vem sendo desenvolvido no Hospital Gama com relação à mudança de cultura voltada para o cuidado centrado do paciente, beneficiando a assistência e a experiência do paciente/ cliente.

Os pacientes que avaliaram o cuidado centrado, se mostraram satisfeitos com o serviço prestado pelo Hospital Gama em todos os parâmetros abordados na avaliação. O instrumento questionário “cuidado centrado no paciente”, contribuiu para a avaliação da qualidade do cuidado, independentemente do fato do paciente, precisar utilizar o serviço novamente. Essa voz dada ao sujeito que utiliza o serviço vem ao encontro da PNH, que procura tornar os serviços resolutivos e de qualidade, tornando as necessidades de saúde dos clientes responsabilidade de todos os atores envolvidos no processo de trabalho (FERREIRA *et al.*, 2016).

Na percepção do paciente, com base na análise dos dados coletados pelo instrumento “Cuidado centrado no paciente”, algumas práticas foram identificadas: o envolvimento do paciente e família no cuidado, atenção aos desejos do paciente; incentivo do autocuidado e a sensibilização sobre as decisões compartilhadas. Tais práticas resumem relação de cuidado, empatia e afeto assumida entre a equipe multiprofissional, o paciente e sua família (TADDEO *et al.*, 2012).

Um ponto que destacou foi a afirmativa mais bem avaliada “Incentivo o cliente e familiares a trazerem seus próprios conhecimentos e experiências durante o processo de

cuidado”. Evidenciando que, na percepção do paciente a comunicação está sendo satisfatória, que eles têm a oportunidade de juntamente com seus familiares trazerem experiências e informações que podem agregar valor ao tratamento, que até então não são do conhecimento da equipe multiprofissional.

Chibante (2018) afirma que, para o paciente estar de fato no centro e para que ele possa participar ativamente do seu próprio cuidado, é essencial que tenha acesso às informações necessárias para seu tratamento para aderir a hábitos saudáveis. Neste cenário, a comunicação e a educação em saúde do paciente, assume papel fundamental, reforçando o engajamento e a parceria com pacientes e familiares. Ainda segundo o autor, o cuidado centrado torna o paciente mais participativo em seu cuidado, durante muito tempo a maioria dos pacientes assumiu uma postura passiva em relação ao tratamento, o que ocorria tanto pelo acesso limitado às informações que tinham, quanto pela atitude paternalista dos profissionais de saúde, que controlavam tudo o que deveria ser feito, muitas vezes, sem o envolvimento do paciente nas decisões do cuidado.

O compartilhamento de decisões entre profissionais de saúde, pacientes e acompanhantes foi declarado pelos participantes no questionário como uma habilidade já praticada na implementação da prática do cuidado centrado no paciente. Estudos mostram que quando o paciente é envolvido nas decisões referentes ao seu tratamento os desfechos clínicos são mais efetivos (BROCA; FERREIRA, 2012).

A afirmativa “Eu noto que os profissionais de saúde levam em conta meus desejos pessoais” obteve o escore mais baixo, demonstrando que os pacientes percebem que nem sempre os profissionais de saúde levam em conta os desejos dos pacientes. É oportuno ressaltar que o desejo do paciente de obter informações e de compartilhar responsabilidades se mostra presente no cuidado, reforçando a ideia de que aqueles pacientes engajados e questionadores assumem progressivamente o protagonismo de seu cuidado. Cabe aos profissionais da área da saúde oferecer ao máximo mecanismos que lhes propiciem esse papel (CHIBANTE, 2018).

O instrumento cuidado no diálogo – escala de competências (SCHOOT *et al.*, 2006) autoavaliou as competências para o diálogo no cuidado centrado do paciente, baseado no estudo qualitativo (SCHOOT *et al.*, 2005a). O instrumento foi testado em 74 enfermeiros e prestadores de cuidados de quatro organizações de atendimento domiciliar no sul da Holanda. A confiabilidade do questionário mostrou a consistência interna com um alfa de Cronbach para competência 1 = 0,81, competência 2 = 0,78, competência 3 = 0,74), sendo que os itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 17, 18 da competência (1) foram removidos, os itens 7, 9 e 10 da competência (2) e os itens 2 e 3 da competência (3) também foi removido do questionário, devido à baixa

carga fatorial. As exclusões de itens devido a baixa carga fatorial foi similar a versão atual adaptada, conforme descrito na metodologia, que ainda considerou a cultura do país e dos profissionais. O instrumento ofereceu possibilidades de avaliação e auto-reflexão dos profissionais de saúde no que diz respeito às competências para o cuidado centrado no paciente. Podendo auxiliar na determinação das necessidades de treinamento e trajetórias de desenvolvimento pessoal.

A avaliação pode parecer muito ameaçadora para certas pessoas e, portanto, pode provocar resistência. Os resultados das médias da autoavaliação do estudo de Schoot *et al.* (2006b) foram maiores aos deste estudo, apontando que as pessoas tentam proteger-se das críticas negativas, mesmo todos os respondentes tendo conhecimento do anonimato. No caso do Hospital Gama profissionais de saúde, se mostraram receptivos com a pesquisa, porém foi tomado o cuidado de explicar cuidadosamente sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a garantia do anonimato do questionário. Estas considerações assumiram um papel importante na avaliação da validade do instrumento.

Neste estudo, o alfa de Cronbach, para competência 1 = 0,82, competência 2 = 0,81, competência 3 = 0,80), ficou próximo dos resultados das validações anteriores de (SCHOOT *et al.*, 2006). Com base na pontuação dos escores médios na versão brasileira adaptada e simplificada do instrumento, pode-se dizer que a percepção dos profissionais de saúde de que as competências são desempenhadas no cuidado centrado, porém não na proporção que deveria.

No instrumento cuidado no diálogo – escala de competências, o profissional realizou uma autoavaliação quanto ao seu próprio desempenho sobre suas habilidades. A autoavaliação é o ponto de partida nesse processo, sendo entendida como dispositivo de reorganização da gestão. É nesse momento que os sujeitos implicados avançam na autoanálise e na identificação dos problemas, bem como na formulação das estratégias de intervenção para a melhoria dos serviços, das relações e do processo de trabalho. Os escores evidenciaram que a autoavaliação do profissional de saúde do Hospital Gama foi inferior ao do paciente. Este olhar crítico revela a necessidade de encontrar e reconhecer as falhas, para entender como se pode melhorar.

De modo geral os resultados demonstram que os profissionais de saúde revelam conhecimento sobre os pressupostos que sustentam o modelo de cuidado, mas apresentam tanto no a autoavaliação das competências, que esse conhecimento ainda não está totalmente incorporado em sua prática, que ainda persistem dificuldades para sua implementação, apresentado dificuldade de exercer a comunicação e diálogo, a gestão compartilhada do cuidado na tomada de decisão e o comportamento proativo da equipe, conforme preconizado pelo cuidado centrado no paciente (TRAJKOVSKI *et al.*, 2012).

As afirmativas “Eu avalio regularmente o plano de cuidados juntamente com o cliente e familiares” e “Incentivo o cliente e familiares a trazerem seus próprios conhecimentos e experiências durante o processo de cuidado” apresentaram os escores mais baixos, demonstrando que os profissionais não exercem estas ações sempre. É vital criar condições favoráveis que possam potencializar a comunicação eficaz e decisão compartilhada entre pacientes e familiares, para assim, promover o cuidado centrado no paciente mais presente no atendimento, pois, mesmo tendo sido muito bem avaliada anteriormente pelos pacientes, a comunicação precisa ser mais trabalhada e alinhada, segundo autoavaliação a profissionais de saúde. Os resultados mostraram que os profissionais de saúde precisam dialogar mais com o paciente e familiar e compartilhar informações para a tomada de decisões. Segundo Batalden (2016), quando o paciente é envolvido nas decisões referentes a seu tratamento, os desfechos clínicos são mais efetivos. No entanto, compartilhar decisões na prática de saúde exige dos profissionais envolvidos responsabilidades éticas, dada a assimetria do conhecimento técnico existente na relação com o paciente. Assim torn-se imprescindível que os profissionais de saúde apresentem claramente as evidências e incertezas científicas existentes acerca de alternativas de tratamento (BATALDEN *et al.*, 2016).

Embora seja reconhecida como uma ferramenta essencial, a comunicação é um desafio na esfera relacional dos hospitais (RODRIGUES; PORTELA; MALIK, 2019). Realizada de forma efetiva entre profissionais, pacientes e familiares, é um elemento estratégico para o cuidado de saúde de qualidade e favorece o compartilhamento de decisões e a coprodução dos serviços de saúde, fortalece os vínculos e a confiança e aumenta a segurança do paciente, influenciando positivamente os resultados clínicos (BATALDEN *et al.*, 2016).

Para Planetree (2014), uma abordagem centrada na saúde do paciente pode promover parcerias com os clientes de serviços de saúde e seus familiares, a fim de identificar e satisfazer de modo completo as necessidades e preferências dos pacientes/familiares. O compartilhamento de decisões e a comunicação são indissociáveis para a prática do cuidado centrado no paciente, pois fortalecem e incentivam a participação dos pacientes e familiares nas ações de cuidado e cooperam para a corresponsabilização em relação ao próprio cuidado e à segurança do paciente, dependendo do grau de assimetria de conhecimento entre o profissional de saúde e o paciente (RODRIGUES; PORTELA; MALIK, 2019).

A afirmativa “*Eu levo a sério as necessidades e preferências pessoais do cliente*” na percepção do profissional de saúde, foi a mais bem avaliada, demonstrando que os profissionais levam em conta as preferências dos pacientes. Correlacionando os resultados de ambos instrumentos aqui apresentados, notou-se, que a visão dos pacientes foi mais negativa, que seus

desejos e preferências pessoais do paciente nem sempre são avaliados e levados a sério. Dessa forma, o baixo grau de concordância em relação a estas ações, sugere a carência de empatia do profissional de saúde com seu paciente, que o profissional deixe passar algum detalhe, devido a falha na comunicação e falta de escuta ativa. A empatia habilidade essencial do cuidar, constitui-se um componente fundamental do tratamento dispensado ao cliente. O conhecimento científico e a habilidade técnica do profissional enfermeiro são importantes, mas de pouco adiantará se este mesmo profissional não apresentar um bom relacionamento interpessoal, ser empático e assertivo. É necessário que os profissionais da saúde encontrem o equilíbrio entre o conhecimento científico e a prática de comportamento humanístico.

E correlacionando as avaliações sobre o incentivo ao cliente e familiares a trazerem seus próprios conhecimentos e experiências durante o processo de cuidado na percepção do cliente a comunicação está acontecendo, porém na autoavaliação de que articula esta comunicação esta ação não está sendo desempenhada na intensidade desejada do cuidado centrado. Conforme estudo realizado Simpson *et al.* (1991) apontou que 54% das queixas dos pacientes e 45% de suas preocupações passam despercebidas pelos profissionais de saúde ao longo dos atendimentos por falta de comunicação efetiva.

Outro dado importante é que em pelo menos metade dos atendimentos profissionais de saúde e pacientes não estão de comum acordo quanto ao motivo principal dos sintomas apresentados. Por vezes, o paciente está incerto sobre o tratamento ou não se sente à vontade para fazer perguntas. Outras vezes, o próprio profissional de saúde acaba não dando ao paciente a oportunidade de falar. Nesse sentido, vale citar o estudo realizado por Boltanski (1979) sobre consultas de pediatria na periferia de Paris, no qual constatou que de todas as palavras pronunciadas durante as consultas, cerca de 83% eram ditas pelo médico. Esses dados sugerem uma relação médico-paciente excessivamente hierarquizada e pouco propiciadora do diálogo.

Outro estudo publicado originalmente no *The Journal of the American Medical Association*, realizado por Marvel *et al.* (1999), apurou que os médicos não demoram mais do que 23 segundos até realizar a primeira interrupção na fala do paciente. Tudo isso demonstra que o principal desafio para uma comunicação efetiva entre os profissionais de saúde e paciente está em humanizar a relação. Pode ser quanto à maior abertura para que o paciente participe de forma ativa da consulta ou ouvindo mais e compreendendo melhor suas preocupações.

Essa autoavaliação permitiu identificar possíveis discrepâncias no desempenho do profissional no trabalho e na avaliação da capacidade da equipe multiprofissional de prestar o cuidado centrado no paciente. Pode-se afirmar que o instrumento de autoavaliação contribuiu significativamente para a interação dos profissionais de saúde e o cuidado prestado, em um

processo verdadeiramente reforçador das aprendizagens e das experiências vivenciadas. Nesse sentido, a principal contribuição da autoavaliação é “confirmar a validade de um empreendimento. É constatar se a estratégia escolhida, na busca de algo, está funcionando, é a mais adequada à situação e está compensando, isto é, satisfaz nossas expectativas.” (SANT’ANNA, 1995, p. 17).

Com bases nesses exemplos, afirma-se que a prática do cuidado centrado no paciente consiste em comunicar-se melhor e escutar ativamente o paciente e familiar. Cabe à instituição de saúde investir no conhecimento, desenvolvimento e treinamento de seus profissionais, para que eles possam fornecer esse cuidado integral ao paciente. Os resultados refletem uma avaliação inicial, a curto prazo, que a filosofia de cuidado está sendo incorporada aos poucos, sugerindo um processo de educação permanente, para que ocorra uma mudança sólida na cultura dos profissionais.

A consciência da necessidade de mudança é um pré-requisito para a mudança de comportamento e o desenvolvimento de competências. Neste sentido, o instrumento adaptado e validado pode ser um elemento essencial do processo de mudança do Hospital Gama, podendo ser aplicado após a realização de ações educativas e concretas de mudança de cultura.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado centrado no paciente reconhece e valoriza os diferentes sujeitos, oferecendo uma assistência individualizada, integral e humanizada que envolve pacientes, familiares e equipe multiprofissional. Os procedimentos de avaliação da confiabilidade e da validade interna dos questionários mostraram elevada consistência e adequação das medições realizadas.

Os objetivos iniciais propostos neste estudo foram atingidos. O instrumento questionário cuidado centrado no paciente mostrou que os pacientes se sentem fazendo parte do cuidado e com um atendimento centrado. O questionário adaptado resultou em um instrumento de avaliação curto e relativamente simples de ser respondido, podendo ser utilizado para avaliar diretamente o cuidado centrado e, indiretamente, identificar pontos capazes de melhorar atenção e cuidado centrado no paciente.

O instrumento cuidado em diálogo - escala de competência analisou a capacidade da equipe profissional de prestar o cuidado centrado no paciente, por meio da autoavaliação de suas competências. Esta ferramenta pode auxiliar na identificação do nível de desempenho da competência do profissional, das necessidades de treinamento e dos caminhos de desenvolvimento cultural do cuidado centrado. Constatou-se que os profissionais de saúde têm interesse em conhecer suas competências e se sentiram confortáveis em se autoavaliarem. O estudo mostrou que eles foram mais críticos na autoavaliação e consideraram que a implantação do modelo centrado no paciente está em andamento, dadas algumas dificuldades na transição de modelo.

Verificou-se que a comunicação efetiva e a gestão compartilhada para a tomada de decisões junto com o cliente é ainda uma dificuldade a ser trabalhada na perspectiva dos profissionais de saúde e do paciente/ cliente. Pode-se afirmar que as competências devem ser potencializadas no processo de mudança cultural da organização e que a mudança cultural do cuidado centrado no paciente está sendo gradativa. Por isso, deve ser reforçada permanentemente, com o propósito de articular os novos comportamentos e o sucesso organizacional.

É importante que os instrumentos sejam reaplicados periodicamente, a fim de verificar o fortalecimento da cultura do cuidado centrado, evidenciando o desdobramento do processo de mudança cultural. Os demais achados desta pesquisa ensejam uma reflexão sobre a criação de estratégias orientadas para o alinhamento das percepções em torno de uma mudança organizacional que busque o cuidado centrado no paciente. Desse modo, as contribuições desta pesquisa apontam que o processo de comunicação entre os membros da equipe

multiprofissional é otimizado em função do cuidado ao cliente, por meio das interações humanas, do estímulo à relação de confiança, do reconhecimento profissional, da melhora do entendimento do outro e do compartilhamento de informações entre os membros da equipe e os pacientes e seus familiares

Entende-se que os instrumentos não devem ser aplicados separadamente, pois as experiências do cliente por si só não são suficientes para dar uma visão sobre como os profissionais de saúde atenderam o cliente. Igualmente importante é a autoavaliação do desempenho real dos profissionais de saúde. Por isso é necessário aplicar ambos os instrumentos, para medir o desempenho das competências do profissional.

A dificuldade que o cuidado centrado representa para as organizações de saúde, muitas vezes, diz respeito ao próprio paciente, que não assume seu papel de protagonista nos cuidados, por diversos motivos, como a baixa escolaridade e a dificuldade de acesso às informações. Portanto, a mudança cultural envolve não só a equipe de saúde e o hospital, incluindo também a educação e a conscientização do próprio paciente sobre seu importante papel.

Conclui-se que as contribuições da implantação do modelo de cuidado centrado foram: mais coesão da equipe; melhoria da comunicação no atendimento assistencial; e construção de uma cultura organizacional mais humanizada. Em suma, a experiência de realizar este estudo possibilitou a agregação de diversos olhares e perspectivas sobre o cuidado centrado no paciente.

Este estudo contribuiu também para a proposição de bases investigativas que permitirão maior aprofundamento sobre o tema *cuidado centrado*, bem como sobre caminhos para a implementação e avaliação da sua efetividade no contexto de saúde brasileiro. Fica o propósito de fomentar novos estudos sobre a mudança de cultura organizacional com relação ao cuidado centrado no paciente e acompanhamento e avaliação deste desenvolvimento ao longo do tempo no hospital investigado e em outros.

A limitação do estudo é a tendência em relação a interpretações e conclusões, por ser somente uma pesquisadora, que tem origem em um determinado contexto, com seu próprio conhecimento e seus próprios pré-conceitos.

Espera-se que este estudo incentive a realização de novas investigações, utilizando métodos diversos de coleta de dados, contribuindo, assim, para ampliar o que se sabe a respeito do assunto, de interesse não apenas de gestores de serviços de saúde, como também de pesquisadores em geral.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde (QUALISS)**. Rio de Janeiro: ANS, 2012. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/prestadores/qualiss/Cartilha_Qualiss_Final.pdf. Acesso em: 10 mar. 2020.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Programa nacional de avaliação de serviços de saúde (PNASS): resultado do processo avaliativo 2004-2006**. Brasília, DF: ANVISA, 2004. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/manuais/pnass.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2020.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (US). **National Strategy for Quality Improvement in Health Care: 2014 Annual Progress Report to Congress**. Rockville: AHRQ, 2014. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/workingforquality/reports/annualreports/nqs2014annlrpt.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2020.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (US). **Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS)**. Rockville: AHRQ, 2012. Disponível em: <https://cahps.ahrq.gov>. Acesso em: 10 mar. 2020.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (US). Rockville: AHRQ, 2015. Disponível em: <http://www.ahrq.gov>. Acesso em: 10 mar. 2020.

ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMAS, Luciana Dias de; FERREIRA, Maria Paula; FUSARO, Edgard Rodrigues; IOZZ, Fabíola Lana. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1055-1064, abr. 2017.

ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; COLUCI, Marina Zambon Orpinelli. Content validity in the development and adaptation processes of measurement instruments. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, jul. 2011.

ALMEIDA FILHO, Naomar de; ROUQUAYROL, Maria Zelia. Modelos de saúde e doença. In: ALMEIDA FILHO, Naomar de; ROUQUAYROL, Maria Zelia. **Introdução à epidemiologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ALMEIDA, Luciana Pavanelli von Gal de; FERRAZ, Clarice Aparecida. Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 61, n. 1, p. 31-35, jan./fev. 2008.

ANDERSON, Robert M.; FUNNEL, Martha M. Patient empowerment: myths and misconceptions. **Patient Education and Counseling**, Limerick, v. 79, n. 3, p. 277-282, jun. 2010.

ANDERSON, Robert M.; FUNNELL, Martha M.; FITZGERALD, James Thomas; MARRERO, David G. The diabetes empowerment scale: a measure of psychosocial self-efficacy. **Diabetes Care**, Nova York, v. 23, n. 6, p. 739-43, jul. 2000.

AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE. **National safety and quality health service standards**. Sydney: ACSQHC, 2012. Disponível em: <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/NSQHS-Standards-Sept-2012.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2020.

AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE. **Patient-centred care: improving quality and safety through partnerships with patients and consumers**. Sydney: ACSQHC, 2011. Disponível em: https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/PCC_Paper_August.pdf . Acesso em: 10 mar. 2020.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BARLEM, Edison Luiz Devos; ROSENHEIN, Daniele Portella do Nascimento, LUNARDI, Valéria Lerch, LUNARDI FILHO, Wilson Danilo. Comunicação como instrumento de humanização do cuidado de enfermagem: experiências em unidade de terapia intensiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 4, p. 1041-1049, 2008.

BARROS, José Augusto C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, jan./jul. 2002.

BATALDEN, Maren; BATALDEN, Paul; MARGOLIS, Peter; SEID, Michael; ARMSTRONG, Gail; OPIPARI-ARRIGAN, Lisa; HARTUNG, Hans. Coproduction of healthcare services. **BMJ Quality & Safety**, Londres, v. 25, n. 7, p. 509-517, jul./set. 2016.

BEATON, Dorcar E.; BOMBARDIER, Claire; GUILLEMIN, Francis; FERRAZ, Marcos Bosi. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, Maryland, v. 25, n. 24, p. 3186-3191, dez. 2000.

BEDIN, Eliana; RIBEIRO, Luciana Barcelos Miranda; BARRETO, Regiane Aparecida. Santos Soares. Humanização da assistência de enfermagem em centro cirúrgico. **Revista Eletrônica Enfermagem**. São Paulo, v. 7, n. 1, p. 118-127, 2005.

BEHR, Carla. **Qualidade de serviços em saúde**. São Paulo, Hospital Albert Einstein, 2013. Disponível em: <https://docplayer.com.br/amp/4034532-Qualidade-de-servicos-em-saude.html>. Acesso em: 10 mar. 2020.

BELLOCH, Amparo; OLABARRIA, Begoña. El modelo bio-psico-social: un marco de referencia necesario para el psicólogo clínico. **Revista Clínica y Salud**, Madri, v. 4, n. 2, p. 181-190, 1993.

BENNET, Glin. **The wound and the doctor: healing, technology and power in modern medicine**. London: Martin Secker & Warburg, 1987.

BERWICK, Donald M. What “Patient-centered” should mean: confessions of an extremist. **Health Affairs**, Bethesda, v. 28, supl. 1, p. 555-565, maio, 2009.

BERWICK, Donald M.; NOLAN, Thomas W.; WHITTINGTON, John. The triple aim: care, health and cost. **Health Affairs**, Bethesda, v. 27, n. 3, p. 759-769, maio/jun. 2008.

BISOGNANO, Maureen; KENNEY, Charles. **Buscando o triple aim na saúde**. São Paulo: Atheneu, 2015.

BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

BORSA, Juliane Callegaro; DAMASIO, Bruno Figueiredo; BANDEIRA, Denise Ruschel. Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 53, p. 423-432, dez. 2012.

BOSMAN Rachel; BOURS, Garrie J. J. W.; ENGELS, Jeanny; WITTE, Luc P. de. Client-centred care perceived by clients of two Dutch homecare agencies: a questionnaire survey. **International Journal of Nursing Studies**, Nova York, v. 45, n. 4, p. 518-525, abr. 2008.

BRANCH JUNIOR, William T. Supporting the moral development of medical students. **Journal of General Internal Medicine**, Filadélfia, v. 15, n. 7, p. 503-508, jul. 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. 2. ed. Brasília, DF: CONASS, 2007.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembleia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais [...]. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, ano 126, n. 191-A, 5 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/DOUconstituicao88.pdf
Acesso em: 10 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 10 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. **Manual brasileiro de acreditação hospitalar**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acreditacao_hospitalar.pdf. Acesso em: 10 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: a clínica ampliada**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BREDA, Mércia Zeviani; ROSA, Walisete de Almeida Godinho; PEREIRA, Maria Alice Ornellas; SCATENA, Maria Cecília Morais. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 450-452, maio/jun. 2005.

BROCA, Priscilla Valladares; FERREIRA, Márcia de Assunção. Equipe de enfermagem e comunicação: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 65, n. 1, p. 97-103, jan./fev. 2012.

CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION. **Health care in Canada, 2001**. Ottawa: CIHI, 2001. Disponível em: https://secure.cihi.ca/free_products/brochuree.pdf. Acesso em: 10 mar. 2020.

CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultura, 1982.

CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Josiane. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, jan. 2004.

CARE QUALITY COMMISSION (United Kingdom). **Raising standards, putting people first: our strategy for 2013 to 2016**. Newcastle: CQC, 2013. Disponível em: https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/documents/20130503_cqc_strategy_2013_final_cm_tagged.pdf. Acesso em: 10 mar. 2020.

CASTELLANOS, Pedro Luis. Sobre o conceito de saúde-doença: descrição e explicação da situação de saúde. **Boletim Epidemiológico da Organização Pan-Americana de Saúde**, Brasília, DF, v. 10, n. 4, p. 25-32, 1990.

CEBALLOS, Albanita Gomes da Costa. **Modelos conceituais de saúde, determinação social do processo saúde e doença, promoção da saúde**. Recife: UNA-SUS UFPE, 2015.

CECÍLIO, Luiz Carlos Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO Roseni, MATTOS, Rubens Araújo de. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p. 113-126.

CHIBANTE, Carla Lube de Pinho. **O paciente como protagonista do cuidado de enfermagem durante a hospitalização: subsídios para a autonomia no processo de viver com DCNTS**. 2018. 155 f. Tese (Doutorado em Ciências do Cuidado em Saúde) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2018.

COLLINS, Alf. **Measuring what really matters: towards a coherent measurement system to support person-centred care**. London: The Health Foundation, 2014. Disponível em: <https://www.health.org.uk/sites/default/files/MeasuringWhatReallyMatters.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2020.

COLUCI, Marina Zambon Orpinelli; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; MILANI, Daniela. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 925-936, 2015.

COMREY, Andrew Laurence; LEE, Howard B. **A first course in factor analysis**. 2. ed. Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 1992.

COOPER, Andrew; GRAY, Jonathon; WILSON, Alan; LINES, Chris; McCANNON, Joe; McHARDY, Karina. Exploring the role of communications in quality improvement: a case study of the 1000 Lives Campaign in NHS Wales. **Journal of Communication in Healthcare**, v. 8, n. 1, p. 76-84, mar. 2015.

CORALINA, Cora. **Vintém de cobre**: meias confissões de Aninha. 4. ed. Goiânia: Editora UFG, 1987.

COSCRATO, Gisele; BUENO, Sônia Maria Vilela. Pesquisa Qualitativa sobre humanização em Saúde com Pesquisa-Ação. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 120-128, 2010.

COSTA LS. Healthcare, development and innovation. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, sup. 2, p. S1-S2, nov. 2016.

COSTA, Maria José Chaves. Atuação do enfermeiro na equipe multiprofissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 31, n. 3, p. 321-339, 1978.

CRUCIANI, Fernanda; ADAMI, Fernando; ASSUNCAO, Nathalia Antiqueira; BERGAMASCHI, Denise Pimentel. Equivalência conceitual, de itens e semântica do Physical Activity Checklist Interview (PACI). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 19-34, jan. 2011.

CRUZ, Andréia Cascaes; ANGELO, Margareth. Cuidado centrado na família em pediatria: redefinindo os relacionamentos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n. 4, p. 261-265, out./dez. 2011.

CRUZ, Marly Marques. **Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. Disponível em:
http://www5.enp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_14423743.pdf. Acesso em: 10 mar. 2020.

CYRINO, Antonio Pithon; SCHRAIBER, Lilia Blima; TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Education for type 2 diabetes mellitus self-care: from compliance to empowerment. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 93-106, jul./set. 2009.

DEJOURS, Christophe; DESSORS, Dominique; DESRIAUX, François. Por um trabalho, fator de equilíbrio. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 98-104, maio/jun. 1993.

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (US). **Healthy People 2010**. 2. ed. Washington: Government Printing Office, 2000.

DWAMENA, Francesca; HOLMES-ROVNER, Margareth; GAULDEN, Carolyn M; JORGENSEN, Sarah; SADIGH, Gelareh, SIKORSKII, Alla; LEWIN, Simon; SMITH, Robert C.; COFFEY, John; OLOMU Adesuwa; BEASLEY, Michael. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, v. 12, p.1-158, dez. 2012.

EKMAN, Paul. **A linguagem das emoções**. São Paulo: Lua de Papel, 2003.

ELLS, Carolyn; HUNT, Matthew R.; CHAMBERS-EVANS, Jane. Relational autonomy as an essential component of patient-centered care. **International Journal of Feminist Approaches to Bioethics**, Indiana, v. 4, n. 2, p. 79-101, 2011.

EPSTEIN, Ronald M.; STREET JUNIOR, Richard L. The values and value of patient-centered care. **Annals of Family Medicine**, Leawood, v. 9, n. 2, p. 100-103, mar. 2011.

EPSTEIN, Ronald M.; STREET JUNIOR, Richard L. **Patient-centered communication in cancer care**: promoting healing and reducing suffering. National Cancer Institute/National Institutes of Health Publication: Bethesda, 2007.

EREMENCO, Sonya L.; CELLA, David; ARNOLD, Benjamin J. A comprehensive method for the translation and cross-cultural validation of health status questionnaires. **Evaluation & the Health Profession**, Baltimore, v. 28, n. 2, p. 212-32, jun. 2005.

EUROPEAN COMMISSION. **Eurobarometer qualitative study**: patient involvement. Brulexas: European Commission, 2012. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/healthcare/docs/eurobaro_patient_involvement_2012_en.pdf. Acesso em: 10 mar. 2020.

FERREIRA, Gímerson Erick; DALL'AGNOL, Clarice Maria; PORTO, Adrize Rutz. Repercussões da proatividade no gerenciamento do cuidado: Percepções de enfermeiros. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, e20160057, 2016.

FERREIRA, Juliana Caires de Oliveira Achili; KURCGANT, Paulina. Capacitação profissional do enfermeiro de um complexo hospitalar de ensino na visão de seus gestores. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 31-36, jan./fev. 2009.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008.

FORNELL, Claes; LARCKER, David. F. Evaluating Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error. **Journal of Marketing Research**, v. 18, n. 1, p. 39-50, fev. 1981.

FOX, Ellen. Predominance of the curative model of medical care. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 278, n. 9, p. 761-763, 1997.

FRAMPTON, Susan.; GUASTELLO, Sara.; BRADY, Carrie.; HALE, Maria.; HOROWITZ, S.heryl Horowitz; BENNETT SMITH, Susan Bennett.; STONE Susan. **Patient-centered care**: improvement guide. Derby: Planetree; Camden: Picker Institute, 2008.

FRANCO, Maria Laura Puglisi Barbosa. **Análise de conteúdo**. 2. ed. Brasília, DF: Líber Livro, 2005.

GABBAY, Daniela Monteiro; FALECK, Diego; TARTUCE, Fernanda. **Meios alternativos de solução de conflitos**. São Paulo: Coleção FGV de Bolso, 2014.

GABRIELLI, Joyce Maria Worschech. **Formação do enfermeiro: buracos negros e pontos de luz**. 2004. 221 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

GILBERT, Jhon H. V. Interprofessional Education for Collaborative Patient-centred Practice. **Canadian Journal of Nursing Leadership**, Toronto, v. 18, n. 2, p. 32-36, 2005.

GUILLEMIN, Francis; BOMBARDIER, Claire; BEATON, Dorcas. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **Journal of Clinical Epidemiology**, Nova York, v. 46, n. 12, p. 1417-1432, dez. 1993.

HAIR JUNIOR, Joseph F. **Análise multivariada de dados**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HERZLICH, Claudine. Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 383-394, 2004.

HILBERT, Sofia Naches; DUARTE, Thâmara Ariella Elias; MILARÉ, Sueli Aparecida. Desenvolvendo competências em agentes da área da saúde. **Boletim de Psicologia**, São Paulo, v. 59, n. 135, p. 217-231, jul. 2011.

INSTITUTE FOR FAMILY-CENTERED CARE. **Partnering with patients and families to design a patient-and family-centered health care system**: recommendations and promising practices. Bethesda: Institute for Family-Centered Care, 2008.

INSTITUTE OF MEDICINE (US). **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century**. Washington: National Academy Press, March. 2001. Disponível em: <http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2020.

HEALTH CANADA. Interprofessional Education for Collaborative Patient-centred Practice. **Canadian Journal of Nursing Leadership**, Ottawa, v. 18, n. 2, p. 32-36, 2005.

JOTERRAND, Fabrice; AMODIO, Antonio; ELGER, Bernice. Patient education as empowerment and self-rebiasing. **Medicine, Health Care and Philosophy**, Boston, v. 19, n. 4, p. 553-561, maio, 2016.

KLINKMAN, Michael; WEEL, Chris van. Prospects for person-centred diagnosis in general medicine. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 17, n. 2, p. 365-70, abr. 2011.

LE BOTERF, Guy. **Desenvolvendo a competência dos profissionais**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

LEITE, Álvaro Jorge Medeiros; CAPRARA, Andrea; COELHO FILHO, João Macêdo (org.). **Habilidades de comunicação com pacientes e famílias**. São Paulo: Sarvier, 2007.

LINDAU, Stacy Tessler; LAUMANN, Edward O.; WAITE, Linda J. Synthesis of scientific disciplines in pursuit of health: the interactive biopsychosocial model. **Perspectives in Biology and Medicine**, Chicago, v. 46, n. 3, p. 74-86, 2003.

MALTA, Deborah Carvalho; DC & MERHY, Emerson Elias. A micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns conceitos. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, p. 61-66, jan./jul. 2003.

MANDÚ, Edir Nei Teixeira. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 665-675, jul./ago. 2004.

MANENTI, Simone Alexandra; CIAMPONE, Maria Helena Trench; MIRA, Vera Lucia; MINAMI, Lígia Fumiko; SOARES, Jaqueline Maria Sousa. The construction process of managerial profile competencies for nurse coordinators in the hospital field. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 722-728, 2012.

MARCO, Mário Alfredo de (org.). **A face humana da medicina**: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

MARTINS, Maria Cezira Fantini Nogueira. Humanização da assistência e formação da saúde. **Psychiatry Online Brasil**, v. 8, n. 5, maio 2003.

MARVEL, Kim; EPSTEIN, Ronald M.; FLOWERS, Kristine; BECKMAN, Howard. Soliciting the patient's agenda: have we improved? **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 281, n. 3, p. 283-287, 1999.

MARX, Lore Ceclília. Sistema Primary Nursing. *In*: HARADA, Maria de Jesus Castro Sousa (org.). **Gestão em Enfermagem**: ferramenta para prática segura. São Caetano do Sul: Yendis, 2011. p. 185-191.

MASSAROLI, Aline; MARTINI, Jussara Gue; MOYA, José Luis Medina; PEREIRA, Milca Severino; TIPPLE, Anaclara Ferreira Veiga; MAESTRI, Eleine. Competências para enfermeiros generalistas e especialistas atuarem na prevenção e controle de infecções no Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, e3134, abr. 2019.

MATTOS, Ruben Araújo de. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. *In*: PINHEIRO, Roseni; CAMARGO JUNIOR, Ruben Mattos Kenneth R. (org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas de saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003. p. 45-59.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. *In*: PINHEIRO, Roseni; CAMARGO JUNIOR, Ruben Mattos Kenneth R. (org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas de saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003. p. 39-64.

McCORMACK, Brendan; McCANCE, Tanya V. Development of a framework for person-centred nursing. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 56, n. 5, p. 472-479, dez. 2006.

MENDES, Eugênio Vilaça. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. *In*: MENDES, Eugênio Vilaça (org.). **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 233-300.

MOREIRA, Virginia. Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 27, n. 4, p. 537-544, out./dez. 2010.

MOTTA, José Inácio Jardim; BUSS, Paulo; NUNES, Tânia Celeste Matos. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. **Olho Mágico**, Londrina, v. 8, n. 3, set./dez. 2001.

NATIONAL HEALTH SERVICE (UK). **Five year forward view**. Norwich: The Stationery Office, 2014. Disponível em: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/10/5yfv-web.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2020.

NATIONAL HEALTH SERVICE (UK). **Health and social care act 2012**. Norwich: The Stationery Office, 2012. Disponível em: http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/pdfs/ukpga_20120007_en.pdf. Acesso em: 18 ago. 2015. 10 mar. 2020.

NATIONAL HEALTH SERVICE (UK). **Review of the friends and family Test**. Norwich: The Stationery Office, 2014. Disponível em: <https://www.england.nhs.uk/fft/fft-test-review/>. Acesso em: 10 mar. 2020.

NATIONAL HEALTH SERVICE (UK). **The NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform**. Norwich: The Stationery Office, 2000. Disponível em: https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20121102184216/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4002960. Acesso em: 10 mar. 2020.

NOGUEIRA, Jane Walkiria da Silva; RODRIGUES, Maria Cristina Soares. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: um desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 20, n. 3, p. 636-640, 2015.

PARANHOS, Denise GAM; ALBUQUERQUE, Aline. A autonomia do paciente idoso no contexto dos cuidados em saúde e seu aspecto relacional. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 32-49, mar./jun. 2018.

PARK, Chorong; PARK, Yeon-Hwan. Validity and reliability of Korean version of health empowerment scale (K-HES) for older adults. **Asian Nursing Research**, v. 7, n. 3, p. 142-148, set. 2013.

PEGORARO, Renata Fabiana; CALDANA, Regina Helena Lima. Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 295-307, abr./jun. 2008.

PELZANG, Rinchen. Time to learn: understanding patient-centred care. **British journal of nursing**, Londres, v. 19, n. 14, p. 912-917, 2010.

PETENATE, Ademir J.; LAJOLO, Camila. **Qualidade de Serviços de Saúde no SUS: Relatório final**. Rio de Janeiro: Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente, 2013. Disponível em: https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Cie%CC%82ncia%20da%20Melhoria_webinar_proqualis_0.pdf. Acesso em: 10 mar. 2020.

PFEIFER, Hans-Rudolf. Conceptual Explorations on Person-centered Medicine 2010: Paul Tournier and ‘Médecine de la Personne’—The man and his vision. **International Journal of Integrated Care**, Londres, v. 10, p. 60-62, jan. 2010.

PICKER INSTITUTE. **Principles of patient-centered care**. Bethesda: Institute for Patient- and Family-Centered Care, 2017.

PINHEIRO Roseni; MATTOS, Rubens Araújo de. (org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. São Paulo: Hucitec, 2005.

PINHEIRO Roseni; MATTOS Rubens Araújo de. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.

PIPER, Donella; DUNBAR, Nicola. Healthcare Rights: Will patients' rights be respected? *In*: AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE. **Windows into Safety and Quality in Health Care 2008**. Sydney: ACSQHC, 2008. p. 5-14.

PLANETREE. **Patient-preferred practice primer: bedside shift report**. Derby: Planetree, 2014. Disponível em: <https://planetree.org/wp-content/uploads/2016/09/3-Planetree-Patient-Preferred-Practice-Primer-Shared-Medical-Record.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2020.

PLUUT, Bettine. Differences that matter: developing critical insights into discourses of patient-centeredness. **Medicine, Health Care and Philosophy**, v. 19, n. 4, p. 501-515, 2016.

POLIT, Denise Fouy; BECK, Chery Tatano; HUNGLER, B Bernadette P. Análise quantitativa. *In*: POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 167-98.

REICHENHEIM, Michael Eduardo; MORAES, Claudia Leite. Operationalizing the cross-cultural adaptation of epidemiological measurement instruments. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 665-673, 2007.

RODRIGUES, Juliana Loureiro da Silva de Queiroz; PORTELA, Margareth Crisóstomo; MALIK, Ana Maria. Agenda para a pesquisa sobre o cuidado centrado no paciente no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 4263-4275, nov. 2019.

ROMANOW, Roy J. **Building on values: the future of health care in Canada**. Saskatoon: Commission on the Future of Health Care in Canada, 2002.

SANT'ANNA, Ilza Martins. **Por que avaliar? Como avaliar?: critérios e instrumentos**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

SANTOS, Jair Lício Ferreira; WESTPHAL, Marcia Faria. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 71-88, jan./abr. 1999.

SANTOS, José Luís Guedes dos; PESTANA, Aline Lima; GUERRERO, Patrícia; MEIRELLES, Betina Schlindwein Hörner; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, n. 2, p. 257-263, mar./abr. 2013.

SANTOS, Sérgio Valverde Marques dos; MACEDO, Flávia Ribeiro Martins; SILVA, Luiz Almeida da; RESCK, Zelia Marilda Rodrigues; NOGUEIRA, Denismar Alves; TERRA, Fábio de Souza. Acidente de trabalho e autoestima de profissionais de enfermagem em ambientes hospitalares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, p. 1-18, 2017.

HERZLICH, Claudine. Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 383-394, 2004.

SAYD, Jane Dutra. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 194-197, jun. 2002.

SCHEIN, Edgar H. **Cultura organizacional e liderança**. São Paulo: Atlas, 2009.

SCHIESARI, Laura. Cuidado com o paciente. **GV Executivo**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 18-22, jul./ago. 2017.

SCHOOT, Tineke; PROOT, Ireen; TER MEULEN, Rude; WITTE, Luc P. de. Actual interaction and client-centredness in homecare. **Clinical Nursing Research**, Pensilvânia, v. 14, n. 4, p. 370-393, nov. 2005.

SCHOOT, Tineke; PROOT, Ireen; WITTE, Luc P. de. Zelfbeoordeling van competenties voor vraaggerichte zorg in de thuiszorg: de ontwikkeling van de Zorg in dialoog Competentie Schaal. **Verpleegkunde**, Vondellaan, v. 21, n. 3, p. 175-185, out. 2006.

SEBASTIANI, Ricardo Werner; MAIA, Eulália Maria Chaves. Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. **Acta Cirúrgica Brasileira**, São Paulo, v. 20, sup. 1, p. 50-55, 2005.

SENHORAS, Elís Martins. A cultura na organização hospitalar e as políticas culturais de coordenação de comunicação e aprendizagem. **Revista Eletrônica de Comunicação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 45-55, jan./jun. 2007.

SILVA, Debra de. **Helping measure person-centred care**. Londres: Health Foundation, 2014. Disponível: <https://www.health.org.uk/sites/default/files/HelpingMeasurePersonCentredCare.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2020.

SIMPSON, Michel; BUCKMAN, Robert; STEWART, Moira; MAGUIRE, Peter; LIPKIN, Mack; NOVACK, James Till. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. **British Medical Journal**, Londres, v. 303, n. 6814, p. 1385-1387, nov. 1991.

STEWART, Moira. Towards a global definition of patient centred care: the patient should be the judge of patient centred care. **British Medical Journal**, Londres, v. 322, n. 7284, p. 444-445, fev. 2001.

STEWART, Moira; BROWN, Judith Belle; WESTON, W. Wayne; McWHINNEY, Ian R.; McWILLIAM, Carol L.; FREEMAN, Thomas R. **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

TADDEO, Patricia da Silva; GOMES, Kilma Wanderley Lopes; CAPRARA, Andrea; GOMES, Annatália Meneses de Amorim; OLIVEIRA, Giselle Cavalcante de; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2923- 2930, nov. 2012.

TÉBOUL, James. **Gerenciando a dinâmica da qualidade**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1991.

THE BERYL INSTITUTE. **About the Beryl Institute**. Nashville: The Beryl Institute, 2019. Disponível em: <https://www.theberylinstitute.org/page/About>. Acesso em: 10 mar. 2020.

THE HEALTH FOUNDATION. **Quality improvement made simple: what everyone should know about healthcare quality improvement**. London: The Health Foundation, 2013. Disponível em: <https://www.health.org.uk/sites/default/files/QualityImprovementMadeSimple.pdf> . Acesso em: 10 mar. 2020.

TORRES, Heloísa de Carvalho; HORTALE, Virginia A.; SCHALL, Virginia T. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19) de Diabetes Mellitus. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 906-911, dez. 2005.

TORRES, Heloísa de Carvalho; REIS, Ilka Afonso; PAGANO, Adriana; CASTRO, Rodrigo Araújo. **Empoderamento do pesquisador nas ciências da saúde**. Belo Horizonte: FALE/UFMG, 2015.

TRAJKOVSKI, Susa; SCHMIED, Virginia; VICKERS, Margaret; JACKSON, Debra. Neonatal nurses' perspectives of family-centered care: a qualitative study. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 21, n. 17-18, p. 2477-2487, set. 2012.

VIEIRA, Adriane; SILVA, Patrícia Lourdes; ITUASSU, Laura Trindade; MONTEIRO, Plínio Rafael Reis; ROQUETE, Fátima Ferreira Roquete. Competências Gerenciais na área da Saúde. In: SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA, 12., 2015, Rio de Janeiro. **Anais [...]**. Rio de Janeiro: ABED, 2015. Disponível em: <https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos15/15622590.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2020.

WALTERS, David J.; TOOMBS, Millicent B. A.; RABUKA, Lorne A. Strengthening the Foundation: the role of the physician in primary health care in Canada. **Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v. 150, n. 6, p. 839-847, mar. 1994.

WILKINSON, Richard G.; MARMOT, Michael (org.). **Social determinants of health: the solid facts**. Compenhagem: World Health Organization, 2003.

WITTE, Luc P. de; SCHOOT, Tineke; PROOT Ireen. Development of the client-centred care questionnaire. **Journal of Advanced Nursing**, v. 56, p. 62-68, set. 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **People-centred health care: a policy framework**. Manila: Western-Pacific Region, 2007. Disponível em: <https://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/5420>. Acesso em: 18 mar. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO global strategy on integrated peoplecentred health services 2016-2026: executive summary**. Geneva: World Health Organization, 2015. Disponível em: <https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/global-strategy/en/>. Acesso em: 10 mar. 2020.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZHAO, Junqiang; GAO, Shangqian; WANG, Jinfang; LIU, Xinjuan; HAO, Yufang. Differentiation between two healthcare concepts: person-centered and patient-centered care. **International Journal of Nursing Sciences**, Beijing, v. 400, n. 3, p. 398-402, 2016.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. El redescubrimiento de la ética del cuidado: el foco y el énfasis en las relaciones. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 38, n. 1, p. 21-27, mar. 2004.

**APÊNDICE A – Produto Técnico - Síntese 7 - Questionário Final Simplificado do
Instrumento Cuidado Centrado no Paciente**

INSTRUMENTO QUESTIONÁRIO DE CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE

Instruções de preenchimento

- Preencha o questionário com caneta preta ou azul.
- Coloque um X na caixa de sua escolha.
- Marque somente uma resposta para cada pergunta.
- Em caso de dúvida, escolha a opção que melhor corresponda à sua opinião.

Declarações

Indique até que ponto você concorda com as seguintes declarações, marcando a resposta correta. Classifique o quanto cada item é verdadeiro para você atribuindo-lhe um número de 1 a 5. Quanto maior o número, mais este item é frequente para você.

1	2	3	4	5
Nunca	Quase nunca	Frequentemente	Quase sempre	Sempre

Os cuidados que recebeu dos profissionais de saúde	1	2	3	4	5
1- Eu noto que os profissionais de saúde levam em conta meus desejos pessoais.					
2- Eu percebo que os profissionais de saúde deram atenção e atenderam as chamadas ao leito.					
3- Eu percebo que os profissionais de saúde levaram em conta o que eu digo.					
4- Eu e meus familiares tivemos oportunidade de sermos escutados nos atendimentos e cuidados recebidos e obtivemos esclarecimentos quando solicitado					
5- Percebo que os profissionais de saúde me respeitaram e me trataram com cortesia.					
6- Os profissionais de saúde foram claros sobre qual atendimento e cuidados eles são autorizados a fornecer ou não.					
7- Eu tive oportunidade de contribuir com meu próprio conhecimento e experiência em relação aos atendimentos e cuidados que precisei.					
8- Eu tive oportunidade de fazer aquilo que eu era capaz de fazer.					
9- Eu sempre fui informado/esclarecido sobre o tipo de atendimento e cuidado fornecido.					
10- Toda a informação passada pelos profissionais de saúde, foi fácil de entender.					

Se você quiser comentar um ou mais itens do questionário, poderá utilizar este espaço.

Dados demográficos e socioeconômicos	
Identificação	<input type="checkbox"/> 1.Paciente <input type="checkbox"/> 2.Cuidador <input type="checkbox"/> 3.Familiar <input type="checkbox"/> 4.Outros
Sexo	<input type="checkbox"/> 1. Feminino <input type="checkbox"/> 2. Masculino
Idade	<input type="checkbox"/> 1. De 12 a 18 anos <input type="checkbox"/> 2. De 18 a 24 anos <input type="checkbox"/> 3. De 25 a 34 anos <input type="checkbox"/> 4. De 35 a 44 anos <input type="checkbox"/> 5. De 45 a 54 anos <input type="checkbox"/> 6. De 55 a 64 anos <input type="checkbox"/> 7. De 65 ou mais.
Qual seu estado civil?	<input type="checkbox"/> 1. Solteiro(a) <input type="checkbox"/> 2. União estável <input type="checkbox"/> 3. Casado(a) <input type="checkbox"/> 4. Separado(a) <input type="checkbox"/> 5. Viúvo(a) <input type="checkbox"/> 6. Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 7. Outro <input type="checkbox"/> 11. Não deseja informar
Você tem filhos?	<input type="checkbox"/> 1. Sim Quantos? _____ <input type="checkbox"/> 2. Não
Qual a sua renda individual mensal?	<input type="checkbox"/> 1. Menos de 1 salário mínimo (R\$998,00) <input type="checkbox"/> 2. De um a menos de dois salários mínimos (entre R\$998 e R\$1996) <input type="checkbox"/> 3. De dois a menos de três salários mínimos (entre R\$1996 e R\$2994) <input type="checkbox"/> 4. De três a menos de quatro salários mínimos (entre R\$2994 e R\$3992) <input type="checkbox"/> 5. De quatro a menos de cinco salários mínimos (entre R\$3992 e R\$4990) <input type="checkbox"/> 6. De cinco a menos de seis salários mínimos (entre R\$4990 e R\$5988) <input type="checkbox"/> 7. De seis a menos de sete salários mínimos (entre R\$5988 e R\$6986) <input type="checkbox"/> 8. De sete a menos de oito salários mínimos (entre R\$6986 e R\$7984) <input type="checkbox"/> 9. De oito a menos de nove mínimos (entre R\$7984 e R\$8982) <input type="checkbox"/> 10. Acima de dez salários mínimos (R\$9980) <input type="checkbox"/> 11. Não deseja informar

**APÊNDICE B – Produto Técnico - Síntese 8 - Questionário Final Simplificado do
Instrumento Cuidados no Diálogo - Escala de Competências**

INSTRUMENTO CUIDADO NO DIÁLOGO - ESCALA DE COMPETÊNCIAS

A finalidade deste questionário é estimular sua reflexão sobre os comportamentos que você coloca em prática durante o atendimento. Cada uma das declarações abaixo indica até que ponto o comportamento descrito se aplica a você mesmo na situação de trabalho com os clientes. Classifique a frequência e cada item para você atribuindo-lhe um número de 1 a 5. Quanto maior o número, mais este item é verdadeiro para você. Coloque um X na caixa de sua escolha.

1	2	3	4	5
Nunca	Quase nunca	Frequentemente	Quase sempre	Sempre

Competência 1: Comunicação e diálogo com o cliente.	1	2	3	4	5
01. Eu levo a sério as necessidades e preferências pessoais do cliente.					
02. O plano de cuidados mostra que as necessidades e desejos do cliente são centrais.					
03. Ao implementar o cuidado, avalio e discuto os desejos e possibilidades do cliente.					
04. Eu avalio regularmente o plano terapêutico juntamente com o cliente e familiares.					
Competência 2: Gestão compartilhada do cuidado com o cliente.	1	2	3	4	5
01. Incentivo o cliente e familiares a trazerem seus próprios conhecimentos e experiências durante o processo de cuidado.					
02. Eu incentivo o cliente a assumir a responsabilidade e organizar seu processo de autocuidado.					
03. Apoio e incentivo o cliente em suas iniciativas.					
04. Adapto o plano de cuidados aos desejos de mudança e demandas do cliente.					
Competência 3: Comportamento Proativo.	1	2	3	4	5
01. Auxílio os colegas na busca de formas alternativas para atender a demanda do cliente diante de limitações pessoais ou institucionais.					
02. Estou aberto às críticas dos clientes.					
03. Estou aberto às críticas dos colegas.					

Se você quiser comentar um ou mais itens do questionário poderá utilizar este espaço.

Dados demográficos e socioeconômicos do profissional	
Qualificação	<input type="checkbox"/> 1. Nível técnico incompleto <input type="checkbox"/> 2. Nível técnico completo <input type="checkbox"/> 3. Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> 4. Ensino médio completo <input type="checkbox"/> 5. Ensino superior incompleto <input type="checkbox"/> 6. Ensino superior completo <input type="checkbox"/> 7. Pós-graduação stricto sensu Mestrado <input type="checkbox"/> 8. Pós-graduação stricto sensu Doutorado <input type="checkbox"/> 9. Pós-graduação lato sensu (especialização, MBA)
Formação Profissional	<input type="checkbox"/> 1. Médico <input type="checkbox"/> 2. Enfermeiro <input type="checkbox"/> 3. Nutricionista <input type="checkbox"/> 4. Fonoaudiólogo <input type="checkbox"/> 5. Psicólogo <input type="checkbox"/> 6. Técnico de enfermagem <input type="checkbox"/> 7. Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> 8. Outro _____
Setor	_____
Sexo	<input type="checkbox"/> 1. Feminino <input type="checkbox"/> 2. Masculino
Idade	<input type="checkbox"/> 1. De 12 a 18 anos <input type="checkbox"/> 2. De 18 a 24 anos <input type="checkbox"/> 3. De 25 a 34 anos <input type="checkbox"/> 4. De 35 a 44 anos <input type="checkbox"/> 5. De 45 a 54 anos <input type="checkbox"/> 6. De 55 a 64 anos <input type="checkbox"/> 7. De 65 ou mais.
Qual a sua renda individual mensal?	<input type="checkbox"/> 1. Menos de 1 salário mínimo (R\$998,00) <input type="checkbox"/> 2. De um a menos de dois salários mínimos (entre R\$998 e R\$1996) <input type="checkbox"/> 3. De dois a menos de três salários mínimos (entre R\$1996 e R\$2994) <input type="checkbox"/> 4. De três a menos de quatro salários mínimos (entre R\$2994 e R\$3992) <input type="checkbox"/> 5. De quatro a menos de cinco salários mínimos (entre R\$3992 e R\$4990) <input type="checkbox"/> 6. De cinco a menos de seis salários mínimos (entre R\$4990 e R\$5988) <input type="checkbox"/> 7. De seis a menos de sete salários mínimos (entre R\$5988 e R\$6986) <input type="checkbox"/> 8. De sete a menos de oito salários mínimos (entre R\$6986 e R\$7984) <input type="checkbox"/> 9. De oito a menos de nove mínimos (entre R\$7984 e R\$8982) <input type="checkbox"/> 10. Acima de dez salários mínimos (R\$9980) <input type="checkbox"/> 11. Não deseja informar

**APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para
Participação na Pesquisa- Profissionais de saúde**

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) da pesquisa intitulada “O MODELO CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE: O CASO HOSPITAL GAMA”, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O objetivo geral desta pesquisa é analisar o processo de construção das identidades profissionais, levando em consideração os elementos do contexto de formação profissional e das práticas cotidianas dos profissionais de saúde.

Se concordar em participar deste estudo, será aplicado um questionário (Questionário de autoavaliação do profissional de saúde ‘Cuidado no Diálogo – Escala de Competência’) que contempla 11 questões de múltipla, subdivididas em 3 blocos (Processo de cuidado no diálogo, Suporte para cliente-participação e Lidando com as tensões) escolha acompanhado de uma seção para registro de dados, que serão realizada em seu local de trabalho ou em outro local previamente agendado. O Sr.(a) gastará em média 20 minutos para responder às perguntas. O conteúdo do questionário ficará em segredo e seu nome não será divulgado. Assim, os dados coletados na pesquisa são confidenciais e não serão utilizados para outros fins. Os dados, materiais e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, na sala 510 da Escola de Enfermagem da UFMG e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções Nº 466/12; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos. Para participar desta pesquisa o Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou se recusar a participar a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos, valendo a desistência a partir da data de formalização desta. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer prejuízo ou penalização ao Sr. (a) ou à instituição.

O benefício direto desta pesquisa é para a sociedade será prover os gestores de saúde de informações que permitam estabelecer e acompanhar indicadores de desempenho que, associados ao planejamento estratégico, propiciam a melhorias das ações de educação e o atendimento da população. Os riscos em relação à sua participação nesta pesquisa são mínimos. Pode haver desconforto pelo tempo dispensado, receio e constrangimento de se expor ou de ser avaliado. Mas, informo que diante dos objetivos desta pesquisa e a garantia de confidencialidade e anonimato das informações coletadas, estes riscos serão minimizados neste estudo. Se concordar em participar, peço que assine este documento em duas vias sendo que uma ficará com o Sr. (a) e a outra será arquivada juntamente com os demais dados da pesquisa.

Rubrica do (a) participante: _____	Rubrica da pesquisadora responsável: _____	Rubrica da pesquisadora mestranda: _____
---	---	---

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa “O MODELO CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE: O CASO HOSPITAL GAMA” **será aplicado um questionário**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Assim, declaro que concordo em participar como voluntário (a) desta pesquisa.

Local: _____ Data: ____/____/____

Nome completo do participante

Assinatura do participante

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Adriane Vieira

Endereço de contato: Av. Alfredo Balena, 190, Departamento de Enfermagem Aplicada, Escola de Enfermagem/UFMG, Santa Efigênia, CEP: 30130-100, Belo Horizonte, MG. Telefone: (31) 3409 9878. E-mail: yadri.bh@gmail.com

Assinatura do pesquisador responsável

Dados do proponente e equipe:

Pesquisadora: Patrícia Lourdes Silva

Endereço para contato: Av. do Contorno, 3097 - Santa Efigênia, Belo Horizonte - MG, 30110-017
Telefone: (31) 32148332.

Pesquisador: José Ricardo de Paula Xavier Vilela

Endereço para contato: Av. do Contorno, 3097 - Santa Efigênia, Belo Horizonte - MG, 30110-017
Telefone: (31) 32148000.

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

COEP-UFMG - Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG

Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, Campus Pampulha, CEP: 31.270-901, Belo Horizonte, MG. E-mail: coep@prpq.ufmg.br Telefone: 31 3409-4592

**APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para
Participação na Pesquisa-Pacientes**

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) da pesquisa intitulada “O MODELO CUIDADO CENTRADONO PACIENTE: O CASO HOSPITAL GAMA”, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O objetivo geral desta pesquisa é analisar a implantação o cuidado centrado no paciente a partir da perspectiva do paciente.

Se concordar em participar deste estudo, será aplicado dois questionários, o primeiro (Questionário de avaliação do Cuidado centrado no paciente) que contempla 10 questões de múltipla escolha acompanhado de uma seção para registro de dados, que serão realizada em local de atendimento ou previaente agendado.

O Sr. (a) gastará em média 20 minutos para responder às perguntas. O conteúdo dos questionários ficarão em segredo e seu nome não será divulgado. Assim, os dados coletados na pesquisa são confidenciais e não serão utilizados para outros fins. Os dados, materiais e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, na sala 510 da Escola de Enfermagem da UFMG e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções Nº 466/12; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Para participar desta pesquisa o Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou se recusar a participar a qualquer tempo e sem quaisquer prejuízos, valendo a desistência a partir da data de formalização desta. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer prejuízo ou penalização ao Sr. (a) ou à instituição. O benefício direto desta pesquisa é para a sociedade será prover os gestores de saúde de informações que permitam estabelecer e acompanhar indicadores de desempenho que, associados ao planejamento estratégico, propiciam a melhorias das ações de educação e o atendimento da população. Os riscos em relação à sua participação nesta pesquisa são mínimos. Pode haver desconforto pelo tempo dispensado, receio e constrangimento de se expor ou de ser avaliado. Mas, informo que diante dos objetivos desta pesquisa e a garantia de confidencialidade e anonimato das informações coletadas, estes riscos serão minimizados neste estudo. Se concordar em participar, peço que assine este documento em duas vias sendo que uma ficará com o Sr. (a) e a outra será arquivada juntamente com os demais dados da pesquisa.

Rubrica do (a) participante: _____	Rubrica da pesquisadora responsável: _____	Rubrica da pesquisadora mestranda: _____
---	---	---

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa “O MODELO CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE: O CASO HOSPITAL GAMA”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Assim, declaro que concordo em participar como voluntário (a) desta pesquisa.

Local: _____ Data: ____/____/____

Nome completo do participante

Assinatura do participante

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Adriane Vieira

Endereço de contato: Av. Alfredo Balena, 190, Departamento de Enfermagem Aplicada, Escola de Enfermagem/UFMG, Santa Efigênia, CEP: 30130-100, Belo Horizonte, MG. Telefone: (31) 3409 9878. E-mail: yadri.bh@gmail.com

Assinatura do pesquisador responsável

Dados do proponente e equipe:

Pesquisadora: Patrícia Lourdes Silva

Endereço para contato: Av. do Contorno, 3097 - Santa Efigênia, Belo Horizonte - MG, 30110-017
Telefone: (31) 32148000.

Pesquisador: José Ricardo de Paula Xavier Vilela

Endereço para contato: Av. do Contorno, 3097 - Santa Efigênia, Belo Horizonte - MG, 30110-017
Telefone: (31) 32148000.

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

COEP-UFMG - Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG

Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, Campus Pampulha, CEP: 31.270-901, Belo Horizonte, MG.

E-mail: coep@prpq.ufmg.br Telefone: 31 3409-4592

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para Participação na Entrevista da Pesquisa- Profissional de Saúde

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) da pesquisa intitulada “O MODELO CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE: O CASO DE UM HOSPITAL GERAL DE GRANDE PORTE DE BELO HORIZONTE”, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O objetivo geral desta pesquisa é analisar o processo de construção das identidades profissionais, levando em consideração os elementos do contexto de formação profissional e das práticas cotidianas e seus efeitos sobre a saúde dos estudantes de graduação e dos médicos-residentes.

Se concordar em participar deste estudo, será realizada uma entrevista, em seu local de trabalho ou em outro local previamente agendado, em que o pesquisador fará algumas perguntas que serão gravadas por meio de um gravador digital. O Sr. (a) gastará em média de 30 minutos para responder as perguntas. A gravação da entrevista ficará em segredo e seu nome não será divulgado. Assim, os dados coletados na pesquisa são confidenciais e não serão utilizados para outros fins. Os dados, materiais e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos (ou até 10 (dez) anos) na sala 510 da Escola de Enfermagem da UFMG e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resoluções N° 466/12; 441/11 e a Portaria 2.201 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares), utilizando as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

O benefício direto desta pesquisa é para a sociedade será prover os gestores de saúde de informações que permitam estabelecer e acompanhar indicadores de desempenho que, associados ao planejamento estratégico, propiciam a melhorias das ações de educação e o atendimento da população. Os riscos em relação à sua participação nesta pesquisa são mínimos. Pode haver desconforto pelo tempo dispensado, receio e constrangimento de se expor ou de ser avaliado. Mas, informo que diante dos objetivos desta pesquisa e a garantia de confidencialidade e anonimato das informações coletadas, estes riscos serão minimizados neste estudo. Se concordar em participar, peço que assine este documento em duas vias sendo que uma ficará com o Sr. (a) e a outra será arquivada juntamente com os demais dados da pesquisa.

Rubrica do (a) participante: _____	Rubrica da pesquisadora responsável: _____	Rubrica da pesquisadora mestrande: _____
---	---	---

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos, métodos, riscos e benefícios da pesquisa “O MODELO CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE: O CASO DE UM HOSPITAL GERAL DE GRANDE PORTE DE BELO HORIZONTE ” **será aplicado um questionário**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Assim, declaro que concordo em participar como voluntário (a) desta pesquisa.

Local: _____ Data: ____/____/____

Nome completo do participante

Assinatura do participante

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Adriane Vieira

Endereço de contato: Av. Alfredo Balena, 190, Departamento de Enfermagem Aplicada, Escola de Enfermagem/UFMG, Santa Efigênia, CEP: 30130-100, Belo Horizonte, MG. Telefone: (31) 3409 9878. E-mail: vadri.bh@gmail.com

Assinatura do pesquisador responsável

Dados do proponente e equipe:

Pesquisadora: Patrícia Lourdes Silva

Endereço para contato: Av. do Contorno, 3097 - Santa Efigênia, Belo Horizonte - MG, 30110-017
Telefone: (31) 32148332.

Pesquisador: José Ricardo de Paula Xavier Vilela


Endereço para contato: Av. do Contorno, 3097 - Santa Efigênia, Belo Horizonte - MG, 30110-017
Telefone: (31) 32148000.

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

COEP-UFMG - Comissão de Ética em Pesquisa da UFMG

Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II, 2º andar, sala 2005, Campus Pampulha, CEP: 31.270-901, Belo Horizonte, MG. E-mail: coep@prpq.ufmg.br Telefone: 31 3409-4592

APÊNDICE F – Tradução 1 - Questionário Cuidado Centrado no Paciente

<p>Questionário de cuidados centrado no cliente (CCCQ)</p> <p>Questionário perspectiva do cliente sobre cuidados</p>	<p>HOGESCHOOL ●●● ZUYD</p> 
--	--

Indique em que medida concorda com as seguintes afirmações, assinalando a resposta adequada para si.

Discordo totalmente	Discordo	não tenho opinião	Concordo	Concordo plenamente
---------------------	----------	-------------------	----------	---------------------

01. Reparei que os prestadores de cuidados de saúde têm em conta os meus desejos pessoais
02. Reparei que os prestadores de cuidados estão mesmo a ouvir-me.
03. Reparei que os prestadores de cuidados de saúde têm em conta o que lhes disse.
04. Tenho muitas oportunidades para dizer que tipo de cuidados preciso...
05. Reparei que os prestadores de cuidados de saúde respeitam a minha decisão se eu discordar deles.
06. Penso que os prestadores de cuidados de saúde são claros sobre o que podem e podem fazer.
07. Acho que os prestadores de cuidados de saúde por vezes dizem demasiado depressa que algo não é possível
08. Tenho muitas oportunidades de contribuir com o meu próprio conhecimento e experiência sobre os cuidados de que preciso.
09. Eu tenho muitas oportunidades para fazer o que eu mesmo posso
10. Terei muitas oportunidades de co-decidir sobre os cuidados que estou a ter.
11. Eu tenho muitas oportunidades de co-decidir sobre a frequência com que recebo cuidados.
12. Terei ampla oportunidade de co-decidir sobre a forma como os cuidados serão prestados.
13. Posso ajudar a determinar quando é que os prestadores de cuidados irão ajudar-me.
14. Acho que há consulta suficiente comigo sobre quem presta os cuidados
15. Tenho muitas oportunidades para organizar e organizar os cuidados pessoalmente.

Espaço aberto:

Se você quiser responder a um ou mais itens do questionário, você pode indicar sua reação neste espaço.

APÊNDICE G – Tradução 2 - Questionário cuidado centrado no paciente

QUESTIONÁRIO DE ATENDIMENTO CENTRADO NO CLIENTE (CCCQ)

Perspectiva do cliente do questionário cuidados orientados para a demanda

- **Instrução de preenchimento**

Preencha o questionário com uma caneta **preta** ou **azul**. Coloque um X na caixa de sua escolha. No **máximo uma resposta** é possível para cada pergunta. Em caso da dúvida, escolha a caixa que melhor corresponde á sua opinião.

- **Declaração**

Indique em que medida você concorda com as seguintes declarações marcando a resposta correta para você.

Discordo totalmente -1 Discordo -2 Não sei/ sem opinião -3 Concordo - 4 Concordo totalmente - 5

1. Eu noto que os cuidadores levam em conta meus desejos pessoais
2. Eu percebo que os cuidadores realmente me ouvem
3. Eu percebo que os cuidadores levam em conta o que eu disse a eles
4. Tenho ampla oportunidade de dizer que cuidado preciso
5. Percebo que os profissionais de saúde respeitam minha decisão se eu discordar deles
6. Eu acho que os profissionais de saúde são claros sobre o que podem e podem fazer
7. Eu acho que os cuidadores às vezes dizem muito rápido que algo não é possível
8. Tenho ampla oportunidade de contribuir com meu próprio conhecimento e experiência sobre os cuidados que preciso
9. Tenho ampla oportunidade de fazer o que posso fazer
10. Tenho ampla oportunidade de ajudar a decidir que cuidados receberei
11. Tenho ampla oportunidade de ajudar a decidir com que frequência recebo cuidados
12. Tenho ampla oportunidade de ajudar a decidir como os cuidados são prestado
13. Eu posso ajudar a determinar quando os prestadores de cuidados virão me ajudar
14. Eu acho que há bastante consulta comigo sobre quem fornece os cuidados
15. Tenho ampla oportunidade de organizar e organizar os cuidados

Espaço Aberto:

Se você quiser responder mais a um ou mais itens do questionário, você pode inserir sua resposta neste espaço.

APÊNDICE H – Tradução 1 - Questionário Cuidado no Diálogo - Escala de Competências

Escala de Competências
do Care in dialogue



INSTRUÇÃO

Para cada uma das afirmações abaixo, indique até que ponto o comportamento descrito se aplica a si próprio na situação de trabalho com os clientes. Há quatro opções:

1 = Nem por isso **2** = de forma limitada **3** = regular **4** = muito frequente

N.B. Se, por qualquer razão, o cliente não for capaz de formular questões de cuidados de forma independente e tomar decisões sobre os cuidados a serem prestados, o enfermeiro/cuidador irá envolver os familiares do cliente neste processo. Neste caso, as perguntas podem ser respondidas a partir dessa perspectiva.

COMPETÊNCIA 1:

Em diálogo com o cuidador, o enfermeiro/cuidador passa pelo processo de cuidar na perspectiva do cliente, com base na sua experiência profissional. O enfermeiro/cuidador é capaz de lidar com galgos e áreas de tensão esperados.

01. Estou ciente do efeito da minha forma de fazer contato na relação com o cliente;
02. Dou ao cliente a oportunidade de pedir cuidados, desde que estes não estejam em conflito com as normas aplicáveis;
03. Eu apoio o cliente em fazer perguntas de cuidados e verificar se nos entendemos;
04. Eu dou conselhos ao cliente sobre as questões de cuidados;
05. Eu dou ao cliente a oportunidade de procurar aconselhamento sobre questões de cuidados de saúde em outros lugares também;
06. Encorajo o cliente a tomar decisões independentes sobre o plano de cuidados;
07. Tomarei decisões com o cliente sobre quando os cuidados serão prestados;
08. Eu tomo decisões com o cliente sobre quem irá fornecer os cuidados;
09. Levo a sério os desejos e preferências pessoais do cliente;
10. Eu respeito as escolhas/decisões do cliente (mesmo que eu discorde delas);
11. A partir do meu conhecimento profissional posso expressar minhas dúvidas sobre escolhas/decisões com respeito ao cliente.
12. O plano de cuidados mostra que as necessidades/desejos e objetivos do cliente são centrais;
13. Na execução do atendimento adapto-me aos desejos e possibilidades do cliente;
14. Eu avalio regularmente o plano de cuidados e a execução dos cuidados com o cliente;

COMPETÊNCIA 2:

O enfermeiro apoia o cuidador na formulação das suas questões e desejos em relação a todo o processo de cuidados e estimula a gestão pelo cliente. O enfermeiro/cuidador é capaz de lidar com gargalos e áreas de tensão esperados.

01. Estou ciente de que o pedido do cliente é o ponto de partida para o atendimento a ser prestado;
02. Encorajo o cliente a contribuir com o seu próprio conhecimento e experiência durante o processo de cuidados;
03. Encorajo o cliente a assumir a responsabilidade pelo processo de cuidado;
04. Eu estimo o cliente a orientar ativamente o processo de cuidados e a tomar decisões sobre as atividades (diárias) de cuidados;
05. Encorajo o cliente a organizar e organizar o atendimento por si próprio;
06. Apoio e incentivo o cliente nas suas iniciativas;
07. Eu adapto o plano de cuidados aos desejos e demandas de cuidados do cliente.

COMPETÊNCIA 3:

A enfermeira procura activamente opções alternativas logo que surjam fronteiras pessoais, profissionais e organizacionais.

01. Estou ciente das possibilidades e limitações organizacionais e posso formular ações de melhoria nesta base;
02. Estou ciente das minhas possibilidades e limitações pessoais e profissionais e posso formular ações de melhoria com base nisso;
03. Eu dou clareza ao cliente sobre as minhas possibilidades e limitações organizacionais e pessoais;
04. Estou procurando ativamente maneiras alternativas de atender às necessidades de cuidados do cliente dentro dos limites pessoais, profissionais ou organizacionais;
05. k ajudar os colegas a encontrar formas alternativas de satisfazer as necessidades do cliente face a constrangimentos pessoais, profissionais ou organizacionais
06. Eu cuido das pré-condições na organização que apoiam a própria direção do cliente;
07. Estou aberto a críticas do cliente;
08. Estou aberto a críticas de colegas.

Espaço aberto:

Se você quiser responder a um ou mais itens do questionário, você pode indicar sua reação neste espaço.

APÊNDICE I – Tradução 2 - Questionário Cuidado no Diálogo - Escala de Competências

CUIDADO NO DIÁLOGO - ESCALA DE COMPETÊNCIAS

Instruções de preenchimento. Preencha o questionário com uma caneta **preta** ou **azul**.

Não use **lápiz** ou caneta de cor diferente.

Coloque um X na caixa de sua escolha. **Marque uma resposta por pergunta.** **Dúvida** Em seguida, escolha a caixa que melhor corresponde à sua opinião.

Nenhuma opinião ou não aplicável? Não entre na pergunta

INSTRUÇÃO

Indique para cada uma das afirmações abaixo até que ponto o comportamento descrito se aplica a você

está na situação de trabalho com os clientes.

Existem quatro opções:

1 = não é realmente **2** = até um limite **3** = regularmente **4** = muito frequentemente

NB Se o cliente, por qualquer motivo, não for capaz de formular pedidos de assistência de forma independente e para tomar decisões sobre o cuidado a ser prestado, o enfermeiro / cuidador envolve os familiares do cliente por este meio.

COMPETÊNCIA 1:

O profissional de saúde passa pelo processo de cuidar a partir da perspectiva em diálogo com a pessoa solicitando cuidado do cliente, com base na sua experiência profissional. A enfermeira / cuidador é capaz para lidar com os gargalos esperados e áreas de tensão.

01. Estou ciente do efeito da minha maneira de fazer contato no relacionamento com o cliente;
02. Eu dou ao cliente a oportunidade de fazer perguntas de saúde, desde que não entrem em conflito com as normas aplicáveis;
03. Eu apoio o cliente em fazer perguntas de saúde e verificar se nos encontramos entender;
04. Eu aconselho o cliente em questões de cuidado;
05. Eu dou ao cliente a oportunidade de procurar aconselhamento sobre as questões de cuidado;
06. Encorajo o cliente a tomar decisões independentes sobre o plano de cuidados;
07. Junto com o cliente, tomo decisões sobre quando os cuidados serão concedidos;
08. Junto com o cliente, tomo decisões sobre quem vai prestar o atendimento;
09. Eu levo a sério os desejos e preferências pessoais do cliente;
10. Eu respeito as escolhas / decisões do cliente (mesmo que eu discorde delas)
11. A partir do meu conhecimento profissional, posso compartilhar minhas dúvidas sobre escolhas / decisões com para mostrar respeito pelo cliente.
12. O plano de cuidados mostra que as necessidades / desejos e objetivos do cliente são centrais ficar em pé;
13. Ao realizar o cuidado, me adapto aos desejos e possibilidades do cliente;
14. Eu avalio regularmente o plano de cuidados e a implementação de cuidados com o cliente.

COMPETÊNCIA 2:

O profissional de saúde apoia o beneficiário na formulação de suas dúvidas e desejos em relação à de todo o processo de cuidado e, assim, estimula a gestão pelo cliente. A enfermeira / cuidadora é capaz de lidar com os gargalos e áreas de tensão esperados.

01. Estou ciente de que a questão do cliente é o ponto de partida para o prestar cuidados;
02. Encorajo o cliente a trazer seu próprio conhecimento e experiência durante o processo de cuidado;
03. Encorajo o cliente a assumir a responsabilidade pelo processo de cuidar;
04. Encorajo o cliente a orientar ativamente o processo de cuidado e as decisões assumir atividades de cuidado (diário);
05. Encorajo o cliente a organizar e organizar os cuidados ele mesmo;
06. Apoio e incentivo ao cliente em suas iniciativas;
07. Eu ajustei o plano de cuidados aos desejos de mudanças e demandas de cuidados do cliente

COMPETÊNCIA 3:

O profissional de saúde procura ativamente por opções alternativas quando limites profissionais e organizacionais.

01. Estou ciente das possibilidades e limitações organizacionais e posso continuar formular ações de melhoria com base nisso;
02. Estou ciente das minhas possibilidades pessoais e profissionais e limitações e pode formular ações de melhoria com base nisso;
03. Eu forneço clareza para o cliente sobre organizacional e meu pessoal possibilidades e limitações;
04. Estou ativamente procurando opções alternativas para atender às necessidades de saúde do cliente atender limites pessoais, profissionais ou organizacionais;
05. Eu apoio os colegas na busca de opções alternativas para a demanda do cliente para se reunir com pessoal, profissional ou limites organizacionais
06. Eu cuido das condições da organização que apoiam apoiar a direção do próprio cliente;
07. Estou aberto a críticas do cliente;
08. Estou aberto a críticas de colegas.

Espaço aberto:

Se você quiser responder mais a um ou mais itens do questionário, você pode inserir sua resposta neste espaço

APÊNDICE J – Síntese 1 - Questionário Cuidado centrado no paciente

QUESTIONÁRIO DE CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE

Instruções de preenchimento

- Preencha o questionário com caneta preta ou azul.
- Coloque um X na caixa de sua escolha.
- Marque somente uma resposta para cada pergunta.
- Em caso de dúvida, escolha a opção que melhor corresponda à sua opinião.

Declarações

Indique até que ponto você concorda com as seguintes declarações, marcando a resposta correta. Classifique o quanto cada item é verdadeiro para você atribuindo-lhe um número de 1 a 5. Quanto maior o número, mais este item é frequente para você.

1	2	3	4	5
Nunca	Quase nunca	Frequentemente	Quase sempre	Sempre

Os cuidados que recebeu dos profissionais de saúde	1	2	3	4	5
1- Eu noto que os profissionais de saúde levam em conta meus desejos pessoais.					
2- Eu percebo que os profissionais de saúde deram atenção e atenderam as chamadas ao leito.					
3- Eu percebo que os profissionais de saúde levaram em conta o que eu digo.					
4- Eu e meus familiares tivemos oportunidade de sermos escutados nos atendimentos e cuidados recebidos e obtive esclarecimento quando solicitado					
5- Percebo que os profissionais de saúde me respeitaram e me trataram com cortesia.					
6- Os profissionais de saúde foram claros sobre qual atendimento e cuidados eles são autorizados a fornecer ou não.					
7- Eu acho que os profissionais de saúde às vezes dizem muito rápido que algo não é possível.					
8- Eu tive oportunidade de contribuir com meu próprio conhecimento e experiência em relação aos atendimentos e cuidados que precisei.					
9- Eu tive oportunidade de fazer aquilo que eu era capaz de fazer.					
10- Tive ampla oportunidade de ajudar a decidir que cuidados receberei					
11- Tive ampla oportunidade de ajudar a decidir com que frequência recebo cuidados					

12- Tenho ampla oportunidade de ajudar a decidir como os cuidados são prestado					
13- Eu posso ajudar a determinar quando os prestadores de cuidados virão me ajudar					
14- Eu acho que há bastante consulta comigo sobre quem fornece os cuidados					
15- Tenho ampla oportunidade de organizar os meus cuidados					

Se você quiser comentar um ou mais itens do questionário, poderá utilizar este espaço.

Dados demográficos e socioeconômicos	
Identificação	<input type="checkbox"/> 1. Paciente <input type="checkbox"/> 2. Cuidador <input type="checkbox"/> 3. Familiar <input type="checkbox"/> 4. Outros
Sexo	<input type="checkbox"/> 1. Feminino <input type="checkbox"/> 2. Masculino
Idade	<input type="checkbox"/> 1. De 12 a 18 anos <input type="checkbox"/> 5. De 45 a 54 anos <input type="checkbox"/> 2. De 18 a 24 anos <input type="checkbox"/> 6. De 55 a 64 anos <input type="checkbox"/> 3. De 25 a 34 anos <input type="checkbox"/> 7. De 65 ou mais. <input type="checkbox"/> 4. De 35 a 44 anos
Qual seu estado civil?	<input type="checkbox"/> 1. Solteiro(a) <input type="checkbox"/> 2. União estável <input type="checkbox"/> 3. Casado(a) <input type="checkbox"/> 4. Separado(a) <input type="checkbox"/> 5. Viúvo(a) <input type="checkbox"/> 6. Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 7. Outro <input type="checkbox"/> 11. Não deseja informar
Você tem filhos?	<input type="checkbox"/> 1. Sim Quantos? _____ <input type="checkbox"/> 2. Não
Qual a sua renda individual mensal?	<input type="checkbox"/> 1. Menos de 1 salário mínimo (R\$998,00) <input type="checkbox"/> 2. De um a menos de dois salários mínimos (entre R\$998 e R\$1996) <input type="checkbox"/> 3. De dois a menos de três salários mínimos (entre R\$1996 e R\$2994) <input type="checkbox"/> 4. De três a menos de quatro salários mínimos (entre R\$2994 e R\$3992) <input type="checkbox"/> 5. De quatro a menos de cinco salários mínimos (entre R\$3992 e R\$4990) <input type="checkbox"/> 6. De cinco a menos de seis salários mínimos (entre R\$4990 e R\$5988) <input type="checkbox"/> 7. De seis a menos de sete salários mínimos (entre R\$5988 e R\$6986) <input type="checkbox"/> 8. De sete a menos de oito salários mínimos (entre R\$6986 e R\$7984) <input type="checkbox"/> 9. De oito a menos de nove mínimos (entre R\$7984 e R\$8982) <input type="checkbox"/> 10. Acima de dez salários mínimos (R\$9980) <input type="checkbox"/> 11. Não deseja informar

APÊNDICE K – Síntese 2 - Questionário Cuidado no Diálogo - Escala de Competências

ESCALA DE COMPETÊNCIAS CUIDADOS NO DIÁLOGO

A finalidade deste questionário é estimular sua reflexão sobre os comportamentos que você coloca em prática durante o atendimento. Cada uma das declarações abaixo indica até que ponto o comportamento descrito se aplica a você mesmo na situação de trabalho com os clientes. Classifique a frequência e cada item para você atribuindo-lhe um número de 1 a 5. Quanto maior o número, mais este item é verdadeiro para você. Coloque um X na caixa de sua escolha.

1	2	3	4	5
Nunca	Quase nunca	Frequentemente	Quase sempre	Sempre

Competência 1: Comunicação e diálogo com o cliente.	1	2	3	4	5
01. Estou ciente do efeito da minha maneira de me comunicar no relacionamento com o cliente.					
02. Dou ao cliente a oportunidade de abordar questões de interesse, desde que não entrem em conflito com as orientações de risco assistencial e normas hospitalares.					
03. Apoio o cliente quanto aos questionamentos sobre o atendimento e cuidado para verificar se nos entendemos.					
04. Eu oriento o cliente sobre as questões relativas ao seu atendimento e cuidado.					
05- Eu dou ao cliente a oportunidade de procurar aconselhamento sobre questões de cuidados de saúde em outros lugares também;					
06- Encorajo o cliente a tomar decisões independentes sobre o plano de cuidados;					
07- Tomarei decisões com o cliente sobre quando os cuidados serão prestados;					
08- Eu tomo decisões com o cliente sobre quem irá fornecer os cuidados;					
09- Eu levo a sério as necessidades e preferências pessoais do cliente.					
10- Eu respeito as escolhas/decisões do cliente (mesmo que eu discordo delas);					
11. A partir do meu conhecimento profissional, eu posso expressar minhas dúvidas sobre necessidades e preferências do cliente.					
12- O plano de cuidados mostra que as necessidades e desejos do cliente são centrais					

13- Ao implementar o cuidado, avalio e discuto os desejos e possibilidades do cliente.					
14- Eu avalio regularmente o plano de cuidados juntamente com o cliente e familiares.					
Competência 2: Gestão compartilhada do cuidado com o cliente.	1	2	3	4	5
01. Estou ciente de que a questão do cliente é o ponto de partida para o atendimento a ser prestado.					
02. Incentivo o cliente e familiares a trazerem seus próprios conhecimentos e experiências durante o processo de cuidado.					
03. Eu incentivo o cliente a assumir a responsabilidade e organizar seu processo de autocuidado.					
04. Eu estimo o cliente a orientar ativamente o processo de cuidados e a tomar decisões sobre as atividades (diárias) de cuidados;					
05. Incentivo o cliente a organizar e organizar o atendimento por si próprio;					
06. Apoio e incentivo o cliente em suas iniciativas.					
07. Eu adapto o plano terapêutico aos desejos de mudanças e demandas de cuidados do cliente.					
Competência 3: Comportamento Proativo.	1	2	3	4	5
01. Dou clareza ao cliente sobre as minhas possibilidades e limitações institucionais e pessoais.					
02. Eu procuro opções alternativas para atender à demanda do cliente diante de limitações pessoais ou institucionais.					
03. Auxílio os colegas na busca de formas alternativas para atender a demanda do cliente diante de limitações pessoais ou institucionais.					
04. Estou procurando ativamente maneiras alternativas de atender às necessidades de cuidados do cliente dentro dos limites pessoais, profissionais ou organizacionais;					
05. Ajudar os colegas a encontrar formas alternativas de satisfazer as necessidades do cliente face a constrangimentos pessoais, profissionais ou organizacionais					
06. Eu cuido das pré-condições na organização que apoiam a própria direção do cliente;					
07. Estou aberto às críticas dos clientes.					
08. Estou aberto às críticas dos colegas.					

Se você quiser comentar um ou mais itens do questionário, poderá utilizar este espaço.

Dados demográficos e socioeconômicos do profissional	
Qualificação	<input type="checkbox"/> 1. Nível técnico incompleto <input type="checkbox"/> 2. Nível técnico completo <input type="checkbox"/> 3. Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> 4. Ensino médio completo <input type="checkbox"/> 5. Ensino superior incompleto <input type="checkbox"/> 6. Ensino superior completo <input type="checkbox"/> 7. Pós-graduação stricto sensu Mestrado <input type="checkbox"/> 8. Pós-graduação stricto sensu Doutorado <input type="checkbox"/> 9. Pós-graduação lato sensu (especialização, MBA)
Formação Profissional	<input type="checkbox"/> 1. Médico <input type="checkbox"/> 5. Psicólogo <input type="checkbox"/> 2. Enfermeiro <input type="checkbox"/> 6. Técnico de enfermagem <input type="checkbox"/> 3. Nutricionista <input type="checkbox"/> 7. Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> 4. Fonoaudiólogo <input type="checkbox"/> 8. Outro _____
Setor	_____
Sexo	<input type="checkbox"/> 1. Feminino <input type="checkbox"/> 2. Masculino
Idade	<input type="checkbox"/> 1. De 12 a 18 anos <input type="checkbox"/> 5. De 45 a 54 anos <input type="checkbox"/> 2. De 18 a 24 anos <input type="checkbox"/> 6. De 55 a 64 anos <input type="checkbox"/> 3. De 25 a 34 anos <input type="checkbox"/> 7. De 65 ou mais. <input type="checkbox"/> 4. De 35 a 44 anos
Qual a sua renda individual mensal?	<input type="checkbox"/> 1. Menos de 1 salário mínimo (R\$998,00) <input type="checkbox"/> 2. De um a menos de dois salários mínimos (entre R\$998 e R\$1996) <input type="checkbox"/> 3. De dois a menos de três salários mínimos (entre R\$1996 e R\$2994) <input type="checkbox"/> 4. De três a menos de quatro salários mínimos (entre R\$2994 e R\$3992) <input type="checkbox"/> 5. De quatro a menos de cinco salários mínimos (entre R\$3992 e R\$4990) <input type="checkbox"/> 6. De cinco a menos de seis salários mínimos (entre R\$4990 e R\$5988) <input type="checkbox"/> 7. De seis a menos de sete salários mínimos (entre R\$5988 e R\$6986) <input type="checkbox"/> 8. De sete a menos de oito salários mínimos (entre R\$6986 e R\$7984) <input type="checkbox"/> 9. De oito a menos de nove mínimos (entre R\$7984 e R\$8982) <input type="checkbox"/> 10. Acima de dez salários mínimos (R\$9980) <input type="checkbox"/> 11. Não deseja informar

APÊNDICE L – Síntese 3 - Avaliação dos especialistas – Questionário Cuidado centrado no paciente

QUESTIONÁRIO DE CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE

Instruções de preenchimento

- Preencha o questionário com caneta preta ou azul.
- Coloque um X na caixa de sua escolha.
- Marque somente uma resposta para cada pergunta.
- Em caso de dúvida, escolha a opção que melhor corresponda à sua opinião.

Declarações

Indique até que ponto você concorda com as seguintes declarações, marcando a resposta correta. Classifique o quanto cada item é verdadeiro para você atribuindo-lhe um número de 1 a 5. Quanto maior o número, mais este item é frequente para você.

1	2	3	4	5
Nunca	Quase nunca	Frequentemente	Quase sempre	Sempre

Os cuidados que recebeu dos profissionais de saúde	1	2	3	4	5
1- Eu noto que os profissionais de saúde levam em conta meus desejos pessoais.					
2- Eu percebo que os profissionais de saúde deram atenção e atenderam as chamadas ao leito.					
3- Eu percebo que os profissionais de saúde levaram em conta o que eu digo.					
4- Eu e meus familiares tivemos oportunidade de sermos escutados nos atendimentos e cuidados recebidos e obtivemos esclarecimentos quando solicitado.					
5- Percebo que os profissionais de saúde me respeitaram e me trataram com cortesia.					
6- Os profissionais de saúde foram claros sobre qual atendimento e cuidados eles são autorizados a fornecer ou não.					
7- Eu acho que os profissionais de saúde às vezes dizem muito rápido que algo não é possível. (Avaliar exclusão)					
8- Eu tive oportunidade de contribuir com meu próprio conhecimento e experiência em relação aos atendimentos e cuidados que precisei.					
9- Eu tive oportunidade de fazer aquilo que eu era capaz de fazer.					
10- Tive ampla oportunidade de ajudar a decidir que cuidados receberei (Avaliar exclusão)					

11- Tive ampla oportunidade de ajudar a decidir com que frequência recebo cuidados. (Avaliar exclusão)					
12- Tenho ampla oportunidade de ajudar a decidir como os cuidados são prestado (Avaliar exclusão)					
13- Eu posso ajudar a determinar quando os prestadores de cuidados virão me ajudar (Avaliar exclusão)					
14- Eu acho que há bastante consulta comigo sobre quem fornece os cuidados					
15- Tenho ampla oportunidade de organizar os meus cuidados					

Se você quiser comentar um ou mais itens do questionário, poderá utilizar este espaço.

Dados demográficos e socioeconômicos	
Identificação	<input type="checkbox"/> 1.Paciente <input type="checkbox"/> 2.Cuidador <input type="checkbox"/> 3.Familiar <input type="checkbox"/> 4.Outros
Sexo	<input type="checkbox"/> 1. Feminino <input type="checkbox"/> 2. Masculino
Idade	<input type="checkbox"/> 1. De 12 a 18 anos <input type="checkbox"/> 5. De 45 a 54 anos <input type="checkbox"/> 2. De 18 a 24 anos <input type="checkbox"/> 6. De 55 a 64 anos <input type="checkbox"/> 3. De 25 a 34 anos <input type="checkbox"/> 7. De 65 ou mais. <input type="checkbox"/> 4. De 35 a 44 anos
Qual seu estado civil?	<input type="checkbox"/> 1. Solteiro(a) <input type="checkbox"/> 2. União estável <input type="checkbox"/> 3. Casado(a) <input type="checkbox"/> 4. Separado(a) <input type="checkbox"/> 5. Viúvo(a) <input type="checkbox"/> 6. Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 7. Outro <input type="checkbox"/> 11. Não deseja informar
Você tem filhos?	<input type="checkbox"/> 1. Sim Quantos? _____ <input type="checkbox"/> 2. Não
Qual a sua renda individual mensal?	<input type="checkbox"/> 1. Menos de 1 salário mínimo (R\$998,00) <input type="checkbox"/> 2. De um a menos de dois salários mínimos (entre R\$998 e R\$1996) <input type="checkbox"/> 3. De dois a menos de três salários mínimos (entre R\$1996 e R\$2994) <input type="checkbox"/> 4. De três a menos de quatro salários mínimos (entre R\$2994 e R\$3992) <input type="checkbox"/> 5. De quatro a menos de cinco salários mínimos (entre R\$3992 e R\$4990) <input type="checkbox"/> 6. De cinco a menos de seis salários mínimos (entre R\$4990 e R\$5988) <input type="checkbox"/> 7. De seis a menos de sete salários mínimos (entre R\$5988 e R\$6986) <input type="checkbox"/> 8. De sete a menos de oito salários mínimos (entre R\$6986 e R\$7984) <input type="checkbox"/> 9. De oito a menos de nove mínimos (entre R\$7984 e R\$8982) <input type="checkbox"/> 10. Acima de dez salários mínimos (R\$9980) <input type="checkbox"/> 11. Não deseja informar

**APÊNDICE M – Síntese 4 - Avaliação dos especialistas - Questionário Cuidado no
Diálogo - Escala de Competências**

ESCALA DE COMPETÊNCIAS CUIDADOS NO DIÁLOGO

A finalidade deste questionário é estimular sua reflexão sobre os comportamentos que você coloca em prática durante o atendimento. Cada uma das declarações abaixo indica até que ponto o comportamento descrito se aplica a você mesmo na situação de trabalho com os clientes. Classifique a frequência e cada item para você atribuindo-lhe um número de 1 a 5. Quanto maior o número, mais este item é verdadeiro para você. Coloque um X na caixa de sua escolha.

1	2	3	4	5
Nunca	Quase nunca	Frequentemente	Quase sempre	Sempre

Competência 1: Comunicação e diálogo com o cliente.	1	2	3	4	5
01. Estou ciente do efeito da minha maneira de me comunicar no relacionamento com o cliente.(Avaliar exclusão)					
02. Dou ao cliente a oportunidade de abordar questões de interesse, desde que não entrem em conflito com as orientações de risco assistencial e normas hospitalares. (Avaliar exclusão)					
03. Apoio o cliente quanto aos questionamentos sobre o atendimento e cuidado para verificar se nos entendemos. (Avaliar exclusão)					
04. Eu oriento o cliente sobre as questões relativas ao seu atendimento e cuidado. (Avaliar agrupamento)					
05- Eu dou ao cliente a oportunidade de procurar aconselhamento sobre questões de cuidados de saúde em outros lugares também; (Avaliar exclusão)					
06- Encorajo o cliente a tomar decisões independentes sobre o plano de cuidados; (Avaliar exclusão)					
07- Tomo decisões com o cliente sobre quando os cuidados serão prestados; (Avaliar exclusão)					
08- Eu tomo decisões com o cliente sobre quem irá fornecer os cuidados; (Avaliar exclusão)					
09- Eu levo a sério as necessidades e preferências pessoais do cliente.					
10- Eu respeito as escolhas/decisões do cliente (mesmo que eu discorde delas). (Avaliar agrupamento)					

11. A partir do meu conhecimento profissional, eu posso expressar minhas dúvidas sobre necessidades e preferências do cliente. (Avaliar exclusão)					
12- O plano de cuidados mostra que as necessidades e desejos do cliente são centrais					
13- Ao implementar o cuidado, adapto-me aos desejos e possibilidades do cliente.					
14- Eu avalio regularmente o plano de cuidados juntamente com o cliente e familiares.					
Competência 2: Gestão compartilhada do cuidado com o cliente.	1	2	3	4	5
01. Estou ciente de que a questão do cliente é o ponto de partida para o atendimento a ser prestado. (Avaliar exclusão)					
02. Incentivo o cliente e familiares a trazerem seus próprios conhecimentos e experiências durante o processo de cuidado.					
03. Eu incentivo o cliente a assumir a responsabilidade e organizar seu processo de autocuidado.					
04. Eu estimulo o cliente a orientar ativamente o processo de cuidados e a tomar decisões sobre as atividades (diárias) de cuidados. (Avaliar exclusão)					
05. Incentivo o cliente a organizar e organizar o atendimento por si próprio; (Avaliar agrupamento)					
06. Apoio e incentivo o cliente em suas iniciativas.					
07. Eu adapto o plano de cuidados aos desejos de mudança e demandas de cuidados do cliente.					
Competência 3: Comportamento Proativo.	1	2	3	4	5
01. Dou clareza ao cliente sobre as minhas possibilidades e limitações institucionais e pessoais. (Avaliar exclusão)					
02. Eu procuro opções alternativas para atender à demanda do cliente diante de limitações pessoais ou institucionais. (Avaliar exclusão)					
03. Auxílio os colegas na busca de formas alternativas para atender a demanda do cliente diante de limitações pessoais ou institucionais.					
04. Procuro ativamente maneiras alternativas de atender às necessidades de cuidados do cliente dentro dos limites pessoais, profissionais ou organizacionais. (Avaliar exclusão)					
05. Ajudar os colegas a encontrar formas alternativas de satisfazer as necessidades do cliente face a constrangimentos pessoais, profissionais ou organizacionais (Avaliar exclusão)					
06. Eu cuido das pré-condições na organização que apoiam a própria direção do cliente. (Avaliar exclusão)					
07. Estou aberto às críticas dos clientes.					
08. Estou aberto às críticas dos colegas.					

Se você quiser comentar um ou mais itens do questionário, poderá utilizar este espaço.

Dados demográficos e socioeconômicos do profissional	
Qualificação	<input type="checkbox"/> 1. Nível técnico incompleto <input type="checkbox"/> 2. Nível técnico completo <input type="checkbox"/> 3. Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> 4. Ensino médio completo <input type="checkbox"/> 5. Ensino superior incompleto <input type="checkbox"/> 6. Ensino superior completo <input type="checkbox"/> 7. Pós-graduação stricto sensu Mestrado <input type="checkbox"/> 8. Pós-graduação stricto sensu Doutorado <input type="checkbox"/> 9. Pós-graduação lato sensu (especialização, MBA)
Formação Profissional	<input type="checkbox"/> 1. Médico <input type="checkbox"/> 5. Psicólogo <input type="checkbox"/> 2. Enfermeiro <input type="checkbox"/> 6. Técnico de enfermagem <input type="checkbox"/> 3. Nutricionista <input type="checkbox"/> 7. Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> 4. Fonoaudiólogo <input type="checkbox"/> 8. Outro _____
Setor	_____
Sexo	<input type="checkbox"/> 1. Feminino <input type="checkbox"/> 2. Masculino
Idade	<input type="checkbox"/> 1. De 12 a 18 anos <input type="checkbox"/> 5. De 45 a 54 anos <input type="checkbox"/> 2. De 18 a 24 anos <input type="checkbox"/> 6. De 55 a 64 anos <input type="checkbox"/> 3. De 25 a 34 anos <input type="checkbox"/> 7. De 65 ou mais. <input type="checkbox"/> 4. De 35 a 44 anos
Qual a sua renda individual mensal?	<input type="checkbox"/> 1. Menos de 1 salário mínimo (R\$998,00) <input type="checkbox"/> 2. De um a menos de dois salários mínimos (entre R\$998 e R\$1996) <input type="checkbox"/> 3. De dois a menos de três salários mínimos (entre R\$1996 e R\$2994) <input type="checkbox"/> 4. De três a menos de quatro salários mínimos (entre R\$2994 e R\$3992) <input type="checkbox"/> 5. De quatro a menos de cinco salários mínimos (entre R\$3992 e R\$4990) <input type="checkbox"/> 6. De cinco a menos de seis salários mínimos (entre R\$4990 e R\$5988) <input type="checkbox"/> 7. De seis a menos de sete salários mínimos (entre R\$5988 e R\$6986) <input type="checkbox"/> 8. De sete a menos de oito salários mínimos (entre R\$6986 e R\$7984) <input type="checkbox"/> 9. De oito a menos de nove mínimos (entre R\$7984 e R\$8982) <input type="checkbox"/> 10. Acima de dez salários mínimos (R\$9980) <input type="checkbox"/> 11. Não deseja informar

APÊNDICE N – Retrotradução 1 - Questionário Cuidado no Diálogo - Escala de Competências

COMPETENTIESCHAAL 'ZORG IN DIALOOG'

Instructies voor het invullen

- Vul de vragenlijst in met een zwarte of blauwe pen.
- Gebruik geen potlood of pen van een andere kleur.
- Plaats een kruisje in het vakje van uw keuze.
- Slechtéén antwoord per vraag.
- Twee kruisjes of een kruisje tussen twee vakjes is een ongeldige optie.
- Fout in het keuzevak? Maak het verkeerde vakje zwart/blauw en plaats een kruisje in het vakje aan de rechterkant. Twijfel Kies dan de doos die het beste bij uw mening past.
- advies of niet van toepassing? Ga niet in op de vraag.

INSTRUCTIE Geef voor elk van de onderstaande verklaringen aan in hoeverre het beschreven gedrag op u van toepassing is in de werksituatie met klanten.

Er zijn vier opties: 1 = niet echt 2 = beperkt 3 = beperkt 3 = regelmatig 4 = vaak 4 = zeer vaak

COMPETENTIE 1: De verpleegkundige/verzorger gaat door het proces van het zorgperspectief van de cliënt, op basis van zijn of haar vakgebied, in samenspraak met de ontvanger van de specialisatiezorg. De verpleegkundige/verpleger is in staat om de te verwachten knelpunten en spanningsvelden op te vangen.

01. Ik ben me bewust van het effect van mijn manier van contact maken op de klantrelatie;
02. Ik geef de klant de mogelijkheid om zorgvragen te stellen zolang deze niet in strijd zijn met de geldende normen;
03. Ik ondersteun de klant bij het stellen van gezondheidsvragen en ervoor zorgen dat we elkaar begrijpen;
04. Ik adviseer de klant over zorgkwesties;
05. Ik geef de cliënt de mogelijkheid om advies in te winnen over andere zorgkwesties;
06. Ik moedig de cliënt aan om onafhankelijke beslissingen te nemen over het zorgplan;
07. samen met de klant beslis ik wanneer de dienst wordt verleend;
08. samen met de klant beslis ik wie de dienst gaat verlenen;
09. Ik neem de persoonlijke wensen en voorkeuren van de klant serieus;
10. Ik respecteer de keuzes / beslissingen van de klant (ook al ben ik het er niet mee eens);
11. Vanuit mijn professionele kennis kan ik mijn twijfels uiten over keuzes / beslissingen ten opzichte van de klant.
12. uit het zorgplan blijkt dat de behoeften/wensen en doelstellingen van de cliënt centraal staan;
13. bij het uitvoeren van de zorg pas ik me aan de wensen en mogelijkheden van de cliënt aan;
14. Ik evalueer regelmatig het zorgplan en de uitvoering van de klantenzorg;

COMPETENTIE 2: De verpleegkundige ondersteunt de zorgverlener bij het formuleren van zijn/haar twijfels en wensen met betrekking tot het gehele zorgproces en stimuleert zo het management van de cliënt. De verpleegkundige/verpleger is in staat om de te verwachten knelpunten en spanningsvelden op te vangen.

01. Ik ben me ervan bewust dat het probleem van de klant het uitgangspunt is voor de te verlenen service;
02. Ik moedig de cliënt aan om zijn eigen kennis en ervaring in te brengen tijdens het zorgproces;
03. Ik moedig de klant aan om de verantwoordelijkheid te nemen voor het zorgproces;
04. Ik moedig de cliënt aan om het zorgproces actief te begeleiden en beslissingen te nemen over zorgactiviteiten (dagelijks);
05. Ik moedig de cliënt aan om de zorg zelf te organiseren en te organiseren;
06. Ondersteuning en aanmoediging van de klant bij hun initiatieven;
07. Ik pas het zorgplan aan aan de wensen voor verandering en de vraag naar klantenservice.

COMPETENTIE 3: De verpleegkundige zoekt actief naar alternatieve opties wanneer er persoonlijke, professionele en organisatorische beperkingen ontstaan.

01. Ik ben me bewust van de organisatorische mogelijkheden en beperkingen en kan op basis hiervan verbeteracties formuleren;
02. Ik ben me bewust van mijn persoonlijke en professionele mogelijkheden en beperkingen en kan op basis hiervan verbeteracties formuleren;
03. Ik geef de klant duidelijkheid over de organisatorische en persoonlijke mogelijkheden en beperkingen;
04. Ik ben actief op zoek naar alternatieve mogelijkheden om tegemoet te komen aan de vraag van de klant naar persoonlijke, professionele of organisatorische grenzen;
05. Het ondersteunen van collega's bij het zoeken naar alternatieve manieren om tegemoet te komen aan de vraag van de klant met betrekking tot persoonlijke, professionele of organisatorische grenzen.
06. Ik zorg voor de randvoorwaarden in de organisatie die het eigen management van de klant ondersteunen.
07. Ik sta open voor kritiek van de klant;
08. Ik sta open voor kritiek van collega's.

APÊNDICE O – Retrotradução 2 - Questionário Cuidado no Diálogo - Escala de Competências

OMVANG VAN DE BEVOEGDHEDEN 'AANWEZIGHEID IN DIALOOG'

Instructies voor het invullen

- Vul de vragenlijst in met een zwarte of blauwe pen.
- Gebruik geen ander gekleurd potlood of pen.
- Zet een kruis op de doos van uw keuze.
- Maximaal één antwoord per vraag.
- Twee kruisen of een kruising tussen twee vakjes is een ongeldige optie.
- Fout in selectievakje? Maak de verkeerde zwarte doos / blauw en plaats een kruis in de rechter doos. Twijfel Kies dan de doos die het beste overeenkomt met uw mening.
- Advies of niet van toepassing? Kom niet in de vraag.

Instructie Geef voor elk van de onderstaande verklaringen aan in welke mate het beschreven gedrag op u van toepassing is in de situatie van de klant.

Er zijn vier opties: 1 = niet echt 2 = beperkte vorm 3 = regelmatig 4 = zeer vaak

Competentie 1: De verpleegkundige/verzorger gaat door het proces van het verzorgen van het perspectief van de cliënt, gebaseerd op zijn professional, in dialoog met de ontvanger van gespecialiseerde zorg. De verpleegster/verzorger kan de knelpunten en spanningsgebieden aanpakken die worden verwacht.

01. Ik ben me bewust van het effect van mijn manier om contact te maken met de relatie met de cliënt;
02. Ik geef de cliënt de gelegenheid om zorgvragen te stellen, mits zij niet in strijd zijn met de geldende normen;
03. Ik steun de cliënt om gezondheidsvragen te stellen en te zien of begrijpen wij elkaar;
04. Ik adviseer de cliënt op het gebied van zorg;
05. Ik geef de cliënt de mogelijkheid om advies te vragen over andere zorgkwesties;
06. Ik moedig de klant aan om onafhankelijke beslissingen te nemen over het zorgplan;
07. Samen met de klant maak ik een beslissing over het tijdstip waarop de dienst zal worden verleend;
08. Samen met de klant maak ik beslissingen over wie de dienst zal verlenen;
09. Ik neem serieus de persoonlijke wensen en voorkeuren van de klant;
10. Ik respecteer de keuzes/beslissingen van de klant (zelfs als ik het niet eens ben);
11. Vanuit mijn professionele kennis kan ik mijn twijfels uiten over keuzes/beslissingen ten aanzien van de klant.
12. Uit het zorgplan blijkt dat de behoeften/wensen en doelstellingen van de klant centraal staan;
13. Bij het uitvoeren van de zorg, pas ik me aan aan de wensen en mogelijkheden van de cliënt;
14. Ik evalueer regelmatig het zorgplan en de implementatie van klantenzorg;

Competentie 2: De verpleegkundige ondersteunt de zorgverlener bij het formuleren van zijn twijfels en verlangens in relatie tot het hele zorgproces en stimuleert daarmee het management van de cliënt. De verpleegster/verzorgster kan de knelpunten en spanningsgebieden aanpakken die worden verwacht.

01. Ik ben mij ervan bewust dat de vraag van de klant het uitgangspunt is voor de dienstverlening;
02. Ik moedig de klant aan om zijn eigen kennis en ervaring tijdens het zorgproces mee te brengen;
03. Ik moedig de klant aan om de verantwoordelijkheid voor het zorgproces te nemen;
04. Ik moedig de cliënt aan om het proces van zorg en het nemen van beslissingen over zorgactiviteiten (dagelijks) actief te begeleiden;
05. Ik moedig de klant aan om de zorg zelf te organiseren en te organiseren;
06. Ondersteuning en aanmoediging van de cliënt bij haar initiatieven;
07. Aanpassing van het zorgplan aan de wensen van verandering en de wensen van de klant

Competentie 3: De verpleegkundige zoekt actief naar alternatieve opties wanneer persoonlijke, professionele en organisatorische grenzen ontstaan.

01. Ik ben me bewust van organisatorische mogelijkheden en beperkingen en kan op basis daarvan verbeteringsacties formuleren;
02. Ik ben me bewust van mijn persoonlijke en professionele mogelijkheden en beperkingen en kan op basis daarvan verbeteringsacties formuleren;
03. Ik geef de cliënt duidelijkheid over organisatorische en persoonlijke mogelijkheden en beperkingen;
04. Ik zoek actief naar alternatieve opties om te voldoen aan de vraag van de klant naar persoonlijke, professionele of organisatorische grenzen;
05. Ondersteuning van collega's bij het zoeken naar alternatieve manieren om te voldoen aan de vraag van klanten in relatie tot persoonlijke, professionele of organisatorische beperkingen
06. Ik verzeker de randvoorwaarden in de organisatie die het eigen management van de klant ondersteunen.
07. Ik sta open voor kritiek van de klant;
08. Ik sta open voor kritiek van collega's.

APÊNDICE P – Retrotradução 1 - Questionário do Cuidado centrado pelo paciente

KLANTGERICHTE SERVISSE VRAGENLIJST (CCCQ) KLANTPERSPECTIEFVR AGENLIJST OVER VRAAGGESTURDE ZORG

Instructies voor het invullen

- Vul de vragenlijst in met een zwarte of blauwe pen.
- Plaats een kruisje in het vakje van uw keuze.
- Voor elke vraag is maximaal één antwoord mogelijk.
- In geval van twijfel, kies de doos die het beste bij uw mening

past. Verklaringen

Vermeld de mate waarin u het eens bent met de volgende beweringen door het juiste antwoord aan te duiden.

1-Ik ben het niet helemaal , 2-oneens , 3-weet niet / geen mening ,4- mee eens , 5-helemaal mee eens

1. Ik merk dat de zorgverleners rekening houden met mijn persoonlijke wensen.
2. Ik realiseer me dat de verzorgers echt naar me luisteren.
3. Ik realiseer me dat de zorgverleners rekening houden met wat ik zei...
4. Ik heb ruimschoots de gelegenheid om te zeggen welke zorg ik nodig heb...
5. Ik begrijp dat professionals in de gezondheidszorg mijn beslissing respecteren als ik het niet met hen eens ben.
6. Ik denk dat zorgverleners duidelijk zijn over wat ze kunnen en kunnen doen.
7. Ik denk dat zorgverleners soms te snel zeggen dat er iets niet mogelijk is.
8. Ik heb ruimschoots de gelegenheid om met mijn eigen kennis en ervaring een bijdrage te leveren aan de zorg die ik nodig heb.
9. Ik heb ruimschoots de gelegenheid om te doen wat ik kan doen
10. Ik heb ruimschoots de gelegenheid om te helpen beslissen welke zorg ik zal krijgen...
11. Ik heb ruimschoots de gelegenheid om te helpen beslissen hoe vaak ik zorg krijg
12. Ik heb ruimschoots de gelegenheid om te helpen beslissen hoe de zorg wordt verleend.
13. Ik kan helpen bepalen hoe laat zorgverleners me komen helpen....
14. Ik denk dat er genoeg overleg met mij is over wie de zorg levert....
15. Ik heb genoeg gelegenheid om de zorg te organiseren en te organiseren.

SPANNING OPEN: Als u meer dan een of meer items in de enquête wilt beantwoorden, kunt u uw antwoord in deze ruimte aangeven.

APÊNDICE Q – Retrotradução 2 - Questionário do Cuidado centrado pelo paciente

KLANTGERICHTE SERVISSE VRAGENLIJST (CCCQ) KLANTPERSPECTIEFVR AGENLIJST OVER VRAAGGESTURDE ZORG

Instructies voor het vullen

- Vul de vragenlijst in met een zwarte of blauwe pen.
- Plaats een kruis in het vak van uw keuze.
- Per vraag is maximaal één antwoord mogelijk.
- Kies bij twijfel het vakje dat het beste bij uw mening past.

Statements

Geef aan in hoeverre u het eens bent met de volgende stellingen door het juiste antwoord te markeren.

1-Ik ben het niet helemaal , 2-oneens , 3-weet niet / geen mening ,4- mee eens , 5-helemaal mee eens

- 1- Ik merk op dat zorgverleners rekening houden met mijn persoonlijke verlangens
- 2- Ik realiseer me dat zorgverleners echt naar me luisteren
- 3- Ik realiseer me dat zorgverleners rekening houden met wat ik zei
- 4- Ik heb voldoende gelegenheid om te zeggen dat ik zorg nodig heb
- 5- Ik realiseer me dat gezondheidswerkers mijn beslissing respecteren als ik het niet met hen eens ben
- 6- Ik denk dat zorgverleners duidelijk zijn over wat ze kunnen en kunnen doen.
- 7- Ik denk dat zorgverleners soms te snel zeggen dat iets niet mogelijk is
- 8- Ik heb voldoende gelegenheid om mijn eigen kennis en ervaring over de zorg die ik nodig heb bij te dragen.
- 9- Ik heb voldoende gelegenheid om te doen wat ik kan doen.
- 10- Ik heb voldoende gelegenheid om te helpen beslissen welke zorg ik zal ontvangen
- 11- Ik heb voldoende gelegenheid om te helpen beslissen hoe vaak ik zorg krijg
- 12- Ik heb ruim de gelegenheid om u te helpen beslissen hoe zorg wordt verleend
- 13- Ik kan u helpen bepalen wanneer zorgverleners me komen helpen
- 14- Ik denk dat er voldoende overleg met mij is over wie zorg verleent
- 15- Ik heb voldoende gelegenheid om zorg te organiseren en organiseren

OPEN RUIJTE: Als u meer dan een of meer enquête-items wilt beantwoorden, kunt u uw antwoord in deze ruimte aangeven.

APÊNDICE R – Síntese 5 (Pré Teste) - Questionário Cuidado centrado no paciente

INSTRUMENTO QUESTIONÁRIO DE CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE

Instruções de preenchimento

- Preencha o questionário com caneta preta ou azul.
- Coloque um X na caixa de sua escolha.
- Marque somente uma resposta para cada pergunta.
- Em caso de dúvida, escolha a opção que melhor corresponda à sua opinião.

Declarações

Indique até que ponto você concorda com as seguintes declarações, marcando a resposta correta. Classifique o quanto cada item é verdadeiro para você atribuindo-lhe um número de 1 a 5. Quanto maior o número, mais este item é frequente para você.

1	2	3	4	5
Nunca	Quase nunca	Frequentemente	Quase sempre	Sempre

Os cuidados que recebeu dos profissionais de saúde	1	2	3	4	5
1- Eu noto que os profissionais de saúde levam em conta meus desejos pessoais.					
2- Eu percebo que os profissionais de saúde deram atenção e atenderam as chamadas ao leito.					
3- Eu percebo que os profissionais de saúde levaram em conta o que eu digo.					
4- Eu e meus familiares tivemos oportunidade de sermos escutados nos atendimento e cuidado recebidos e obtivemos esclarecimentos quando solicitado					
5- Percebo que os profissionais de saúde me respeitaram e me trataram com cortesia.					
6- Os profissionais de saúde foram claros sobre qual atendimento e cuidados eles são autorizados a fornecer ou não.					
7- Eu acho que os profissionais de saúde às vezes dizem muito rápido que algo não é possível.					
8- Eu tive oportunidade de contribuir com meu próprio conhecimento e experiência em relação aos atendimentos e cuidados que precisei.					
9- Eu tive oportunidade de fazer aquilo que eu era capaz de fazer.					
10- Eu tive oportunidade de falar dos meus medos e inseguranças com os profissionais de saúde no decorrer dos atendimentos.					
11- Eu sempre fui informado/esclarecido sobre o tipo de atendimento e cuidado fornecido.					
12- Toda a informação passada pelos profissionais de saúde, foi fácil de entender.					

Se você quiser comentar um ou mais itens do questionário, poderá utilizar este espaço.

Dados demográficos e socioeconômicos	
Identificação	<input type="checkbox"/> 1. Paciente <input type="checkbox"/> 2. Cuidador <input type="checkbox"/> 3. Familiar <input type="checkbox"/> 4. Outros
Sexo	<input type="checkbox"/> 1. Feminino <input type="checkbox"/> 2. Masculino
Idade	<input type="checkbox"/> 1. De 12 a 18 anos <input type="checkbox"/> 5. De 45 a 54 anos <input type="checkbox"/> 2. De 18 a 24 anos <input type="checkbox"/> 6. De 55 a 64 anos <input type="checkbox"/> 3. De 25 a 34 anos <input type="checkbox"/> 7. De 65 ou mais. <input type="checkbox"/> 4. De 35 a 44 anos
Qual seu estado civil?	<input type="checkbox"/> 1. Solteiro(a) <input type="checkbox"/> 2. União estável <input type="checkbox"/> 3. Casado(a) <input type="checkbox"/> 4. Separado(a) <input type="checkbox"/> 5. Viúvo(a) <input type="checkbox"/> 6. Divorciado(a) <input type="checkbox"/> 7. Outro <input type="checkbox"/> 11. Não deseja informar
Você tem filhos?	<input type="checkbox"/> 1. Sim Quantos? _____ <input type="checkbox"/> 2. Não
Qual a sua renda individual mensal?	<input type="checkbox"/> 1. Menos de 1 salário mínimo (R\$998,00) <input type="checkbox"/> 2. De um a menos de dois salários mínimos (entre R\$998 e R\$1996) <input type="checkbox"/> 3. De dois a menos de três salários mínimos (entre R\$1996 e R\$2994) <input type="checkbox"/> 4. De três a menos de quatro salários mínimos (entre R\$2994 e R\$3992) <input type="checkbox"/> 5. De quatro a menos de cinco salários mínimos (entre R\$3992 e R\$4990) <input type="checkbox"/> 6. De cinco a menos de seis salários mínimos (entre R\$4990 e R\$5988) <input type="checkbox"/> 7. De seis a menos de sete salários mínimos (entre R\$5988 e R\$6986) <input type="checkbox"/> 8. De sete a menos de oito salários mínimos (entre R\$6986 e R\$7984) <input type="checkbox"/> 9. De oito a menos de nove mínimos (entre R\$7984 e R\$8982) <input type="checkbox"/> 10. Acima de dez salários mínimos (R\$9980) <input type="checkbox"/> 11. Não deseja informar

APÊNDICE S – Síntese 6 (Pré Teste) - Questionário Cuidado no Diálogo - Escala de Competências

INSTRUMENTO ESCALA DE COMPETÊNCIAS CUIDADOS NO DIÁLOGO

A finalidade deste questionário é estimular sua reflexão sobre os comportamentos que você coloca em prática durante o atendimento. Cada uma das declarações abaixo indica até que ponto o comportamento descrito se aplica a você mesmo na situação de trabalho com os clientes. Classifique a frequência e cada item para você atribuindo-lhe um número de 1 a 5. Quanto maior o número, mais este item é verdadeiro para você. Coloque um X na caixa de sua escolha.

1	2	3	4	5
Nunca	Quase nunca	Frequentemente	Quase sempre	Sempre

Competência 1: Comunicação e diálogo com o cliente.	1	2	3	4	5
01. Estou ciente do efeito da minha maneira de me comunicar no relacionamento com o cliente.					
02. Dou ao cliente a oportunidade de abordar questões de interesse, desde que não entrem em conflito com as orientações de risco assistencial e normas hospitalares.					
03. Apoio o cliente quanto aos questionamentos sobre o atendimento e cuidado para verificar se nos entendemos.					
04. Eu oriento o cliente sobre as questões relativas ao seu atendimento e cuidado.					
05. Eu levo a sério as necessidades e preferências pessoais do cliente.					
06. A partir do meu conhecimento profissional, eu posso expressar minhas dúvidas sobre necessidades e preferências do cliente.					
07. O plano de cuidados mostra que as necessidades/desejos do cliente são centrais.					
08. Ao implementar o cuidado, avalio e discuto os desejos e possibilidades do cliente.					
09. Eu avalio regularmente o plano de cuidados juntamente com o cliente e familiares.					
Competência 2: Gestão compartilhada do cuidado com o cliente.	1	2	3	4	5
01. Estou ciente de que a questão do cliente é o ponto de partida para o atendimento a ser prestado.					
02. Incentivo o cliente e familiares a trazerem seus próprios conhecimentos e experiências durante o processo de cuidado.					
03. Eu incentivo o cliente a assumir a responsabilidade e organizar seu processo de autocuidado.					
04. Apoio e incentivo o cliente em suas iniciativas.					

05. Eu adapto o plano de cuidados aos desejos de mudança e demandas de cuidados do cliente e familiares.					
Competência 3: Comportamento Proativo.	1	2	3	4	5
01. Dou clareza ao cliente sobre as minhas possibilidades e limitações institucionais e pessoais.					
02. Eu procuro opções alternativas para atender à demanda do cliente diante de limitações pessoais ou institucionais.					
03. Auxílio os colegas na busca de formas alternativas para atender a demanda do cliente diante de limitações pessoais ou institucionais.					
04. Estou aberto às críticas dos clientes.					
05. Estou aberto às críticas dos colegas.					

Se você quiser comentar um ou mais itens do questionário, poderá utilizar este espaço.

Dados demográficos e socioeconômicos do profissional	
Qualificação	<input type="checkbox"/> 1. Nível técnico incompleto <input type="checkbox"/> 7. Pós-graduação stricto sensu Mestrado <input type="checkbox"/> 2. Nível técnico completo <input type="checkbox"/> 8. Pós-graduação stricto sensu Doutorado <input type="checkbox"/> 3. Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> 9. Pós-graduação lato sensu (especialização, MBA) <input type="checkbox"/> 4. Ensino médio completo <input type="checkbox"/> 5. Ensino superior incompleto <input type="checkbox"/> 6. Ensino superior completo
Formação Profissional	<input type="checkbox"/> 1. Médico <input type="checkbox"/> 5. Psicólogo <input type="checkbox"/> 2. Enfermeiro <input type="checkbox"/> 6. Técnico de enfermagem <input type="checkbox"/> 3. Nutricionista <input type="checkbox"/> 7. Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> 4. Fonoaudiólogo <input type="checkbox"/> 8. Outro _____
Setor	_____
Sexo	<input type="checkbox"/> 1. Feminino <input type="checkbox"/> 2. Masculino
Idade	<input type="checkbox"/> 1. De 12 a 18 anos <input type="checkbox"/> 5. De 45 a 54 anos <input type="checkbox"/> 2. De 18 a 24 anos <input type="checkbox"/> 6. De 55 a 64 anos <input type="checkbox"/> 3. De 25 a 34 anos <input type="checkbox"/> 7. De 65 ou mais. <input type="checkbox"/> 4. De 35 a 44 anos
Qual a sua renda individual mensal?	<input type="checkbox"/> 1. Menos de 1 salário mínimo (R\$998,00) <input type="checkbox"/> 2. De um a menos de dois salários mínimos (entre R\$998 e R\$1996) <input type="checkbox"/> 3. De dois a menos de três salários mínimos (entre R\$1996 e R\$2994) <input type="checkbox"/> 4. De três a menos de quatro salários mínimos (entre R\$2994 e R\$3992) <input type="checkbox"/> 5. De quatro a menos de cinco salários mínimos (entre R\$3992 e R\$4990) <input type="checkbox"/> 6. De cinco a menos de seis salários mínimos (entre R\$4990 e R\$5988) <input type="checkbox"/> 7. De seis a menos de sete salários mínimos (entre R\$5988 e R\$6986) <input type="checkbox"/> 8. De sete a menos de oito salários mínimos (entre R\$6986 e R\$7984) <input type="checkbox"/> 9. De oito a menos de nove mínimos (entre R\$7984 e R\$8982) <input type="checkbox"/> 10. Acima de dez salários mínimos (R\$9980) <input type="checkbox"/> 11. Não deseja informar

APÊNDICE T – Roteiro de entrevistas com colaboradores

- Conte um pouco de sua história profissional desde o ingresso nesse hospital.
- Desde que você ingressou aqui quais foram as principais mudanças que você vivenciou no modelo de assistência e cuidado do paciente?
- Como você descreve o modelo de cuidado praticado no hospital hoje? Quais são suas características centrais?
- Você conhece o modelo de cuidado centrado no paciente? Explique com suas palavras como esse cuidado centrado no paciente acontece.

“O cuidado centrado prevê que profissionais de saúde devem trabalhar colaborativamente com o paciente, construindo um tratamento que esteja adaptado às suas necessidades individuais, e não na doença em si. As partes interessadas se concentraram em melhorar a experiência do paciente contemplando elementos da qualidade da saúde e satisfação do paciente”.

- Você considera que este modelo está vigente no hospital hoje?
- Se a resposta for não explique por que?
- Se a resposta for sim explique como e dê exemplos.
- Você foi treinado e qualificado para dar esse tipo de assistência ao paciente? Como? Dê exemplos.
- O que mudou na relação com o paciente?
- O que mudou na relação entre os membros das equipes multiprofissionais?
- Todos os profissionais de saúde aderiram ao novo modelo?
- Se a resposta for não explique por que?
- Quais seriam os principais desafios e benefícios desse modelo centrado no paciente?
- Quais seriam os obstáculos/ dificuldades de implantação desse modelo centrado no paciente?

ANEXO A – Questionário Original Cuidado Centrado no Paciente

Client-centred care questionnaire (CCCQ)

Vragenlijst cliëntenperspectief

op vraaggerichtheid van de zorg

HOOGESCHOOL ZUYD



Invulinstructie

Vul de vragenlijst in met een zwarte of blauwe pen.

Zet een kruisje in het hokje van uw keuze.

Er is bij elke vraag maximaal één antwoord mogelijk.

Kies bij twijfel het vakje dat uw mening het beste benadert.

Uitspraken

Geef aan in hoeverre u het eens bent met de volgende uitspraken door het voor u juiste antwoord aan te kruisen.

1. **Ik merk dat de zorgverleners rekening houden met mijn persoonlijke wensen**

helemaal niet mee eens	niet mee eens	weet niet / geen mening	mee eens	helemaal mee eens
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. **Ik merk dat de zorgverleners echt naar mij luisteren**

helemaal niet mee eens	niet mee eens	weet niet / geen mening	mee eens	helemaal mee eens
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. **Ik merk dat zorgverleners rekening houden met wat ik hen verteld heb**

helemaal niet mee eens	niet mee eens	weet niet / geen mening	mee eens	helemaal mee eens
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. **Ik krijg voldoende gelegenheid om te zeggen aan welke zorg ik behoefte heb**

helemaal niet mee eens	niet mee eens	weet niet / geen mening	mee eens	helemaal mee eens
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. **Ik merk dat zorgverleners mijn besluit respecteren als ik het niet met hen eens ben**

helemaal niet mee eens	niet mee eens	weet niet / geen mening	mee eens	helemaal mee eens
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. **Ik vind dat zorgverleners duidelijk zijn over wat zij kunnen en mogen**

helemaal niet mee eens	niet mee eens	weet niet / geen mening	mee eens	helemaal mee eens
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. **Ik vind dat de zorgverleners soms te snel zeggen dat iets niet mogelijk is**

helemaal niet mee eens	niet mee eens	weet niet / geen mening	mee eens	helemaal mee eens
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. **Ik krijg voldoende gelegenheid om eigen kennis en ervaring in te brengen over de zorg die ik nodig heb**

helemaal niet mee eens	niet mee eens	weet niet / geen mening	mee eens	helemaal mee eens
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. **Ik krijg voldoende gelegenheid om zelf te doen wat ik zelf kan**

helemaal niet mee eens	niet mee eens	weet niet / geen mening	mee eens	helemaal mee eens
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. **Ik krijg voldoende gelegenheid om mee te beslissen over welke zorg ik krijg**

helemaal niet mee eens	niet mee eens	weet niet / geen mening	mee eens	helemaal mee eens
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ANEXO B – Questionário Original do Cuidado no Diálogo - Escala de Competências

'Zorg in dialoog'
Competentie Schaal

HOGESCHOOL ZUYD



Invulinstructie Vul de enquête in met een **zwarte of blauwe** pen.
Gebruik **geen potlood** of pen met een andere kleur.
Zet een kruisje in het hokje van uw keuze.

Max. één antwoord per vraag. Twee kruisjes of een kruisje tussen twee vakjes is een ongeldige keuze
Fout hokje aangekruist? Maak het foute hokje zwart/blauw en zet in het goede vakje een kruisje.

Twijfel? Kies dan het vakje dat uw mening het best benadert.

Geen mening of niet van toepassing? Vul de vraag dan niet in.

INSTRUCTIE

Geef bij ieder van de onderstaande uitspraken aan in hoeverre het beschreven gedrag op uzelf van toepassing is in de werksituatie met cliënten.

Er zijn vier keuzemogelijkheden: 1 = eigenlijk niet 2 = in beperkte mate 3 = regelmatig 4 = heel vaak

N.B. Indien de cliënt, om welke reden dan ook, niet in staat is zelfstandig zorgvragen te formuleren en besluiten te nemen over de te verlenen zorg, dan betreft de verpleegkundige/verzorgende de naasten van de cliënt hierbij. De vragen kunnen in dit geval vanuit dat perspectief worden beantwoord.

COMPETENTIE 1:

De verpleegkundige/verzorgende doorloopt in dialoog met de zorgvrager het zorgproces vanuit het perspectief van de cliënt, op basis van zijn/haar professionele deskundigheid. De verpleegkundige/verzorgende is in staat om te gaan met te verwachten knelpunten en spanningsvelden daarbij.

	1	2	3	4
01. ik ben me bewust van het effect van mijn manier van contact leggen op de relatie met de cliënt;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. ik geef de cliënt gelegenheid zorgvragen te stellen, zolang deze niet in strijd zijn met de geldende normen;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. ik ondersteun de cliënt bij het stellen van zorgvragen en check na of we elkaar begrijpen;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. ik geef de cliënt advies over de zorgvragen;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. ik stel de cliënt in de gelegenheid om ook elders adviezen in te winnen over de zorgvragen;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. ik stimuleer de cliënt om zelfstandig besluiten te nemen over het zorgplan;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07. ik neem samen met de cliënt besluiten over het tijdstip waarop de zorg zal worden verleend;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08. ik neem samen met de cliënt besluiten over wie de zorg zal verlenen;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09. ik neem persoonlijke wensen en voorkeuren van de cliënt serieus;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ik respecteer de keuzes/besluiten van de cliënt (ook als ik het daar niet mee eens ben);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Vanuit mijn professionele kennis kan ik mijn twijfels over keuzes/besluiten met respect voor de cliënt kenbaar maken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. uit het zorgplan blijkt dat de behoeften/wensen en doelen van de cliënt centraal staan;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. bij de uitvoering van de zorg pas ik mij aan aan de wensen en mogelijkheden van de cliënt;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ik evalueer regelmatig het zorgplan en de uitvoering van de zorg met de cliënt;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



INSTRUCTIE

Geef bij ieder van de onderstaande uitspraken aan in hoeverre het beschreven gedrag op uzelf van toepassing is in de werksituatie met cliënten.

Er zijn vier keuzemogelijkheden: 1 = eigenlijk niet 2 = in beperkte mate 3 = regelmatig 4 = heel vaak

COMPETENTIE 2:

De verpleegkundige ondersteunt de zorgvrager bij het formuleren van zijn/haar vragen en wensen ten aanzien van het gehele zorgproces en stimuleert daarbij de regievoering door de cliënt. De verpleegkundige / verzorgende is in staat om te gaan met te verwachten knelpunten en spanningsvelden hierbij.

	1	2	3	4
01. ik ben me ervan bewust dat de vraag van de cliënt uitgangspunt is voor de te verlenen zorg;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. ik stimuleer de cliënt om eigen kennis en ervaring in te brengen tijdens het zorgproces;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. ik stimuleer de cliënt om zelf verantwoordelijkheid te nemen voor het zorgproces;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. ik stimuleer de cliënt om actief sturing te geven aan het zorgproces en beslissingen te nemen over (dagelijkse) zorgactiviteiten;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. ik stimuleer de cliënt om zelf de zorg te regelen en te organiseren;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. ik ondersteun en bemoedig de cliënt bij zijn/haar initiatieven;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07. ik pas het zorgplan aan de veranderende wensen en zorgvragen van de cliënt aan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMPETENTIE 3:

De verpleegkundige zoekt actief naar alternatieve mogelijkheden op het moment dat persoonlijke, professionele en organisatorische grenzen zich voordoen.

	1	2	3	4
01. ik ben mij bewust van organisatorische mogelijkheden en beperkingen en kan op basis hiervan verbeteracties formuleren;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. ik ben me bewust van mijn persoonlijke en professionele mogelijkheden en beperkingen en kan op basis hiervan verbeteracties formuleren;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. ik geef duidelijkheid aan de cliënt over organisatorische en mijn persoonlijke mogelijkheden en beperkingen;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. ik zoek actief naar alternatieve mogelijkheden om aan de zorgvraag van de cliënt tegemoet te komen bij persoonlijke, professionele of organisatorische grenzen;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. ik ondersteun collega's bij het zoeken naar alternatieve mogelijkheden om aan de vraag van de cliënt tegemoet te komen bij persoonlijke, professionele of organisatorische grenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06. ik draag zorg voor de randvoorwaarden in de organisatie die de ondersteuning van de eigen regie van de cliënt ondersteunen;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07. ik sta open voor kritiek van de cliënt;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08. ik sta open voor kritiek van collega's.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OPEN RUIMTE:

Indien u op één of meerdere items uit de vragenlijst nader wilt reageren, dan kunt u in deze ruimte uw reactie aangeven.

BEDANKT VOOR UW MEDEWERKING!



